



Autofinancement d'une structure de soins (étude exploratoire de mise en œuvre d'une initiative de ré-assurance sociale au Togo)

Jean-David Hounkpati

► To cite this version:

Jean-David Hounkpati. Autofinancement d'une structure de soins (étude exploratoire de mise en œuvre d'une initiative de ré-assurance sociale au Togo). domain_other. Université Claude Bernard - Lyon I, 2007. Français. NNT: . tel-00150142

HAL Id: tel-00150142

<https://theses.hal.science/tel-00150142>

Submitted on 29 May 2007

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1.

N° d'ordre 49-2007

Année 2007

THESE

(Méthodes d'Analyse des Systèmes de Santé : M2AD)
présentée

devant l' UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

pour l'obtention

du DIPLOME DE DOCTORAT

(arrêté du 7 août 2006)

présentée et soutenue publiquement le

13 Avril 2007

par

Houunkpati, Yram, Jean-David, HOUNKPATI

TITRE :

AUTOFIANCEMENT D'UNE STRUCTURE DE SOINS

(Etude exploratoire de mise en œuvre d'une initiative de ré-assurance sociale au Togo)

Directeur de thèse :

Gérard DURU

JURY :

M. NICOLAYANNIS Nicolas , Président

M. SAMBUC Roland, Rapporteur

M. BERESNIAK Ariel, Rapporteur

M. LAMURE Michel

M. DURU Gérard

M. BONNEVAY Stéphane

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

Président de l'Université

Vice-Président du Conseil Scientifique

Vice-Président du Conseil d'Administration

Vice-Président du Conseil des Etudes et de la Vie Universitaire

Secrétaire Général

M. le Professeur L. COLLET

M. le Professeur J.F. MORNEX

M. le Professeur J. LIETO

M. le Professeur D. SIMON

M. G. GAY

SECTEUR SANTE

Composantes

UFR de Médecine Lyon R.T.H. Laënnec
UFR de Médecine Lyon Grange-Blanche
UFR de Médecine Lyon-Nord
UFR de Médecine Lyon-Sud
UFR d'Odontologie
Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Institut Techniques de Réadaptation

Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine

Directeur : M. le Professeur D. VITAL-DURAND
Directeur : M. le Professeur X. MARTIN
Directeur : M. le Professeur F. MAUGUIERE
Directeur : M. le Professeur F.N. GILLY
Directeur : M. O. ROBIN
Directeur : M. le Professeur F. LOCHER

Directeur : M. le Professeur MATILLON

Directeur : M. le Professeur P. FARGE

SECTEUR SCIENCES

Composantes

UFR de Physique
UFR de Biologie
UFR de Mécanique
UFR de Génie Electrique et des Procédés
UFR Sciences de la Terre
UFR de Mathématiques
UFR d'Informatique
UFR de Chimie Biochimie
UFR STAPS
Observatoire de Lyon
Institut des Sciences et des Techniques de l'Ingénieur de Lyon
IUT A
IUT B
Institut de Science Financière et d'Assurances

Directeur : M. le Professeur A. HOAREAU
Directeur : M. le Professeur H. PINON
Directeur : M. le Professeur H. BEN HADID
Directeur : M. le Professeur A. BRIGUET
Directeur : M. le Professeur P. HANTZPERGUE
Directeur : M. le Professeur M. CHAMARIE
Directeur : M. le Professeur M. EGEA
Directeur : Mme. le Professeur H. PARROT
Directeur : M. le Professeur R. MASSARELLI
Directeur : M. le Professeur R. BACON
Directeur : M. le Professeur J. LIETO
Directeur : M. le Professeur M. C. COULET
Directeur : M. le Professeur R. LAMARTINE
Directeur : M. le Professeur J.C. AUGROS

REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

À mon Père, Feu, Simon Yao Kpakar Djani HOUNKPATI

En mémoire de nos bons moments vécus ensemble sur cette Terre (trop courts auprès de nous tes fils, car Dieu en a décidé autrement : Si tel est son désir, nous assumons, les larmes aux yeux, Papa....), Papa, je garde et garderai toujours ta présence et ta foi en moi ! J'essayerai de les transmettre à toute Ta descendance, et à mes Fils et Filles ;

À Toi Yakpossi Akoua ADJIMAH-HOUNKPATI,

Ma chère Mère, courageuse Vieille-Femme Africaine... qui souffre dans le silence (surtout de mon Absence et mon éloignement de Toi) pourvu que je réussisse ;

À la mémoire de ma Sœur Da Afi Esther: Tu me manques!

À mes Enfants, Chéris et Bien-Aimés :

. Né-Yram, Filston, Mittéra, Jean-de-Dieu,
. Djani IV, le Prince, Steve Simon-David,
. Lily Audrey Gloria, Precieous, ``Princesse``
« Aller à l'Ecole, n'est pas seulement, apprendre à lire, c'est avant se forger
Afin de vous stimuler et vous encourager à vous battre de plus en plus, sans cesse pour réussir votre Vie, forcez vous de suivre mes pas. Je Vous adore ;

À Vous tous, mes Frères et Sœurs, compatriotes ...
Marie-Justine ADJAYI, Béthel Ulysse, Dieu-Donné NAYO,
David Agbenovi AGBO, Bruno ADZAGO, Dr Julien E.TSEGAN
Mes Amis et Connaissances...d'Afrique et par le Monde,
Vous qui, de près ou de loin, avez contribué à la réalisation de cette thèse,
Gratitude, Reconnaissance et Sympathie ;

À Toi Isabelle, Hanimpo HOUNKPATI-KOMBATE, « Bella »
Tendre et Douce Epouse : merci pour tes sacrifices,
ton dévouement et ta patience !
Cette Thèse, fruit de ta complexité, est ton travail:
Sois en fière, **Isa Ma Chérie** !

À Mme KPAKPO Afiwa Pépévi, LODONOU
Docteur en Sociologie, Directrice de l'Institut de la
Communication à l'Université de Lomé(FLESH)- Togo ;

Au Dr SAMBA Mamadou
Chef de Clinique en Santé Bucco-dentaire,
Maître Assistant en Economie de la Santé ,
CHU d'Abidjan Côte d'Ivoire;

Au Dr Victor Anani KOUGBLENOU,
Son Epouse Gloria et leurs Enfants chéris ;

Au Personnel des S.A.U. d'Elbeuf, **Dr Benoît BROUSSE** ;
de Meulan-Les-Mureaux, **Dr Benoît COUDERT** ;

-Chir. Orthopédique et Traumatologique CHI de Meulan,
Dr Serge VERLIAC et Dr Jamil MARACHLI ;

-UMJ Hôpital Trousseau, AP-HP **Dr Caroline REY-SALOMON,**

-Urgences Médico-Judiciaires, AP-HP, CHU Jean Verdier,
Pr. Patrick CHARLOT.

Pr Eric Kodjo GRUNITZKY, toi qui m'a toujours soutenu

Au Pr Kossi Tata Sévérin DJONOUKOU.....MERCI, Akpe looo

A nos MAÎTRES et MEMBRES du JURY :

Professeur, Nicolas NICOLOYANNIS (ERIC de Lyon 2)

Accepter de présider le jury est un honneur pour nous
Acceptez nos sincères Gratitude et fraternité !

A Stéphane BONNEVAY, Maître de Conférences à LASS !
Pour les vifs et pertinents conseils, **M.E.R.C.I.**

Professeur Michel LAMURE

Recevez nos salutations les plus fraternelles !

Professeur, Jean-Paul AURAY

Vous qui nous avez toujours **Très Chaleureusement** et
Fidèlement accueilli au Laboratoire depuis le DEA,
Reconnaissance et Bonheur -Amitié -Fraternité !

Professeur Ariel BERESNIAK (LIARES, Paris 5)

Reconnaissance et sympathie , les meilleures de vous
avoir comme Membre du Jury et Rapporteur !

A notre Maître, Professeur **Roland SAMBUC**

C'est un Très Grand Honneur, plus qu'un plaisir de
Vous avoir comme Maître, Vous êtes «Lumière et Ami»!

A notre Maître et Directeur de Thèse,

Professeur Gérard DURU

Directeur de « Ce Travail », une Etude que vous aviez
initiée avec votre Ami, le Professeur Roland SAMBUC,
depuis mon inscription en 2001 au DEA MASS(pour votre
intérêt au développement de la santé au Togo, PED)
Merci, Très Valeureux Maître.

En nous acceptant dans votre Laboratoire, vous nous
invitez à agrandir la 'Francophonie' jusqu'aux Pays
en Développement par vos enseignements et conseils :
Gérard, Roland, Jean-Paul, Michel, Ariel et Nicolas,
Soyez rassurés de notre confiance, de notre ardente
et vaillante volonté de porter très haut le flambeau
de l'Amitié, de la Francophonie, surtout de la Fraternité.

Aux JEUNES du Togo et d'Afrique Noire !

« Tout homme qui fait quelque chose a contre lui ceux qui font précieusement le contraire et surtout la grande armée des gens d'autant plus qu'ils ne font rien du tout » - Citoyennement Votre - !

" J'ai écrit pour créer un débat d'actualité, ou de tabou, pour réveiller ceux qui ne pensent pas du tout,

pour émoustiller ceux qui pensent (tout et) le contraire parce que c'est politiquement correct",

Gaston Kelman [Je suis noir et je n'aime pas le manioc] ;

Pour dépolitiser la santé, le contexte socio-économique, car

Tant que la politique EST et SERA en Afrique, la Seule Source d'Enrichissement, l'Afrique noire ne connaîtra jamais la paix !

« La conception que tout individu a du monde est et reste toujours une construction de son esprit, et on ne peut jamais prouver qu'elle ait une quelconque autre existence »,
[Erwin Schrödinger, *l'Esprit et la Matière*].

Le meilleur, c'est ce que chacun de Nous laisse à notre pays, à l'Afrique.
«La seule issue, c'est que certains prennent la parole en s'élevant au-dessus des intérêts de groupe... Certains sont appelés à commander et d'autres à se soumettre : Le pouvoir doit donner du sens à la vie. On ne peut sortir de la situation actuelle que par le haut. Une instance doit imposer à toutes les «micro-solidarités» un jeu aux règles bien exposées .

La santé est-elle devenue un commerce ? Elle n'a pas de prix mais un Coût Redonnons-lui du sens avec un système de valeurs. L'éthique ne peut pas tomber du ciel. Le sens ne peut émerger que d'une rencontre sérieuse avec des acteurs « décentrés », qui mettent en avant le civisme, l'intérêt général et pas celui de leur «micro-société»...

Les stratégies médicales qui sont devenues une machine économique, doivent redevenir une machine sociale.

Gouverner, c'est avant tout SERVIR et choisir de bien R.E.A.G.I.R...

REAGIR = Rationaliser- Evaluer- Adapter- Générer- Innover- Rentabiliser.

*** SOMMAIRE ***

« AUTOFINANCEMENT D'UNE STRUCTURE DE SOINS DE SANTE AU TOGO »
(*ETUDE EXPLORATOIRE DE MISE EN OEUVRE D'UNE INITIATIVE DE RE-ASSURANCE SOCIALE,*
“Social-Ré”, « E.G.A =Argent ou Guéri» A LOME, TOGO)

I- INTRODUCTION

1.1. Contexte de l'étude et analyse de la situation	17
1.1.1- Justification	19
1.1.2- Problématique.....	21
1.1.3- Objectifs.....	21
1.2. Etat des lieux	21
1.2.1- Contexte général.....	21
1.2.2- Situation particulière du Togo	23

II- METHODOLOGIE

2.1. Présentation du Cadre de l'étude	26
2.1.1- Bref aperçu et connaissance avec le Togo.....	26
2.1.2- Système de santé et politique sanitaire du Togo.....	27
2.1.3- Gestion des services de santé au Togo.....	28
2.1.4- Contraintes, ou difficultés sur le terrain.....	29
2.1.5- Problèmes de l'état de santé de la population.....	30
2.2. Techniques de collecte des données	31
2.2.1- Recherches documentaires.....	31
2.2.2- Définition des concepts.....	34
2.2.3- Population cible et échantillonnage.....	41
2.2.4- Enquête de mise en place de l'initiative de ré-assurance sociale à Lomé.....	42

III- RESULTATS

3.1. Administration du Centre Hospitalier Universitaire, hôpital de référence du Togo	44
3.1.1- Direction et Personnel.....	44
3.1.2- Financement du CHU-Tokoin	47
3.2. Données de l'enquête sur la perception de l'initiative de ré-assurance sociale	65
3.2.1- Caractéristiques socio-démographiques des répondants.....	65
3.2.2- Vision ou perception du projet par les futurs bénéficiaires.....	70

IV- DISCUSSION

4.1. Discussion sur les données de la méthodologie	75
4.1.1- Discussion des financements du CHU-Tokoin	75
4.2. 2- Problèmes posés par le coût des prestations	81
4.4. Discussion des résultats obtenus	84
4.4.1- Discussion de l'enquête qualitative menée auprès de bénéficiaires.....	84
4.4.2- Autres considérations faces aux nombreux défis de notre siècle.....	85

V- MISE EN PLACE D'UNE INITIATIVE DE REASSURANCE

5.1. Alternative de Mise en place	89
5.1.1- Renforcement de la Solidarité	89
5.1.2- Non-restriction des risques à couvrir.....	90
5.1.3- Qualité de soins.....	91
5.2. Questions d'accessibilité	92
5.2.1- Etude de l'aspect financier.....	92
5.2.2- Accessibilité au projet.....	93
5.3. Etude de faisabilité et de viabilité du Projet	94
5.4. Support juridique des micro-crédits, de ' Ré-assurance Sociale Santé'	95
5.5. Projet de Statuts de la ré-assurance sociale santé (R2S), 'EGA'	96

VI- CONCLUSION.....106

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES109

I / OUVRAGES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES ET HISTORIQUES.....109

II/ OUVRAGES SPÉCIFIQUES SUR LES MUTUELLES DE SANTÉ.....109

III/ RAPPORTS111

IV/ MÉMOIRES / THESES112

V/ AUTRES PUBLICATIONS 114

TEXTES LEGISLATIFS115

VIII- ANNEXES

*** Différents systèmes de financements des soins de santé dans certains pays développés**

1.- Financement des dépenses hospitalières en France.....116

Mise en place de la T2A

Dérives de la T2A

2.- Expériences européennes de la tarification à l'activité.....119

3.- Cas américain de financement.....124

4.- Analyse des différents systèmes de soins de santé.....125

*** Loi N° 95- 014 du 14 juillet, CAS-IMEC..... 127**

*** Questionnaire d'enquête ou guide d'entretiens auprès des populations de Lomé**

ABREVIATIONS

EGA	= ‘‘ARGENT » ou ‘‘GUERI’’ (<i>en Ewé , dialecte et peuple du Sud - Togo</i>)
R2S	= Réassurance Sociale Santé
PED	= Pays En Développement (ex. <i>PVD =Pays en Voie de Développement</i>)
CMU	= Couverture Médicale Universelle
CAS	= Consentement Aux Soins
CVT	= Croyances et Valeurs Traditionnelles
MSP	= Ministère de la Santé Publique
DGS	= Direction Générale de la Santé
DRS	= Direction Régionale de la Santé
DPS	= Direction Préfectorale de la Santé
CHU	= Centre Hospitalier Universitaire
CHR	= Centre Hospitalier Régional
CHP	= Centre Hospitalier Préfectoral
HS	= Hôpitaux Secondaires et/ou Hôpitaux Spéciaux
USP	= Unités de Soins Périphériques
OMS	= Organisation Mondiale de la Santé
USA	= United States of America (les Etats Unis d’Amérique)
DHD	= Développement Humain Durable
VIH	= Virus de l'Immunodéficience Humaine (ou VIH/SIDA)
SIDA	= Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
ONG	= Organisations Non Gouvernementales
PME	= Petite et Moyenne Entreprise
IST (et le VIH/SIDA)	= Infections Sexuellement Transmissibles
PNB	= Produit National Brut
BCEAO	=Banque Centrale des Etats de l'Afrique de l'Ouest
UEMOA	= Union Economique et Monétaire Ouest Africain
CAS-IMEC	= Cellule d’Appui et de Suivi des Institutions de Mutuelle d’Epargne et Crédit
FCFA	= Franc de la Communauté Française d’Afrique
AIM	= Association des Institutions de Micro-finance
MARP	= Méthode d’Analyse Rapide et pratique (d’enquête)
ENA-T	= Ecole Nationale d’Administration du Togo
EAM	= Ecole des Assistants Médicaux
ESTBA	=Ecole Supérieure des Techniques Biologiques Alimentaires,
ENAM	= Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux et Ecole des Sages-femmes
IMRAD	=Introduction, Méthodologie, Résultat And Discussion
DAP	=Disposition-A-Payer (ou Disposer à payer)
QDV	=Qualité De Vie
SFD	= Systèmes Financiers Décentralisés
PMSI	= programme de médicalisation des systèmes d'information
ISA	= Indice Synthétique d'Activité
T2A	= Tarification A l'Activité
DRG	= Diagnostic Related Groups (G-DRG= Germany-DRG)
NHS / HRG	(National Health System/ Health Research Group en Angleterre ; version de DRG)
ALD	= Affection de Longue Durée
G.H.S/ GHM	= Groupes Homogènes de Séjours /Groupes Homogènes de Malades
SCM	= Systèmes de Classification des Malades de type <i>casemix</i> : Concept, comparaisons et perspectives (Patient Classification Systems, PCS, or CASEMIX).

MOTS NON COURANTS :

1- EGA : Ré-assurance Sociale Santé, ou *Social-Ré*

La société a pour nom : Réassurance Sociale Santé, (R2S) dit « **EGA.** » **qui veut dire selon la phonétique, 'ARGENT' ou 'GUERI'** en Ewé, dialecte le plus répandu au Sud du Togo (« *la santé est un objet marchand* ») Cette dichotomie linguistique locale explique bien la relation fonctionnelle qui existe désormais entre l'Argent et la santé physique. Qui a les moyens financiers peut avoir la bonne santé.

2- Tradipraticiens /Tradi-thérapeutes : des Individus, sans formation ou initiation qui se prennent pour des soignant /guérisseurs- Herboristes ; et inondent le marché de la Santé : Soigner devient un "Job" au Togo , voire en PED, pour tout habile orateur-commerçant, au détriment de la productivité des secteurs formels qu'informels.

3- Sociation (de Weber) : Vient de la traduction franco-anglo-italienne du Sociologue allemand Max WEBER dans la « Communalisation et Sociation »
"…le type d'orientation, de sens, de l'activité permet à Weber de distinguer deux types idéaux de relations sociales : la Sociation et la Communalisation" selon Fabrice PATEZ ((perlant des Sociétés et des ethnies)).

4- Juridiciarisation / Judicialisation , ou Judirisation) :

Juridiciarisation = Rapport réglé par le droit dans la société, si et seulement si le droit est la règle d'or entre les hommes;

Judiciarisation(judirisation): *Le Procès devient le moyen du mécontentement des malades*
La 'pénalisation' est la punition (accusation publique, avec des médias à l'appui) des soins et actes médicaux prodigués. L'exemple est l'affaire du sang contaminé, où « la vérité est tournée en dérisions ». C'est pourquoi, on évoque, actuellement, « la faute caractérisée » par la loi pour 'dépenaliser un peu les médecins'.

5- Démocratie sanitaire : Le mot « Démocratie », apparu dans le langage africain dans les années 1990, (surtout après la Conférence de la Baule , en France) sort des bouches et sonne dans oreilles des africains comme un glas de sauveur « politique » et fait peur aux gens de toutes classes sociales car il annonce le changement, principalement « un changement radical de comportement » avec comme notion de base, les Droits de l'Homme !

La démocratie désigne toute forme de pouvoir par laquelle le peuple exerce la souveraineté. La notion de démocratie sanitaire sur laquelle repose la loi du 4 mars 2002 en France s'inscrit dans le mouvement des conférences citoyennes et **tend à vouloir appliquer les concepts de la démocratie au champ de la santé.**

6- Culture CASEMIX : Les Systèmes de Classification de Malades (ou **casemix** comprenant en particulier les DRGs développés initialement aux USA, puis en Europe : **SCM** destinés aux soins aigus hospitaliers, leurs révisions, adaptations nationales et application à différents objectifs.

7- Loi PARMEC : S'applique aux institutions mutualistes ou coopératives d'épargne et de crédit exerçant leurs activités sur le territoire(*) dans l'espace UEMOA, à leurs unions, fédérations ou confédérations. Pour exercer les activités d'épargne et/ou de crédit, les structures ou organisations visées demeurent régies :

- soit par les dispositions de la loi portant réglementation bancaire ;
- soit par les dispositions particulières convenues avec le Ministre.

(* *Etat où est promulguée la loi ou l'ordonnance*).

PRESENTATION DU TRAVAIL

Pour la réalisation de notre travail nous nous proposons le plan suivant en 4 points essentiels en suivant la rédaction type IMRAD (Introduction Méthodologie et 'And' Discussion).

1- INTRODUCTION

1.1. Contexte de l'étude et analyse de la situation / Justification / Problématique/ Objectifs

La santé, est la condition sine qua non du développement humain durable (DHD), ce qu'implique le fait de considérer la santé comme une condition essentielle du développement et cela à tous les niveaux.

La crise que traversent les pays en développement peut être aujourd'hui qualifiée de " crise tentaculaire " en ce sens que tous les aspects de la vie (socio- économique, psycho- affectif, culturel, juridique, idéologique, environnemental etc ...) sont affectés. Ainsi, la plupart des personnes malades en Afrique Subsaharienne éprouvent de jour en jour des difficultés à se faire soigner dans une unité de Formation Médicale, surtout dans les zones rurales. Aucun pays n'a trouvé de solution satisfaisante aux problèmes de santé. Dès lors, il faut s'organiser pour pouvoir se prendre personnellement et collectivement en charge :

Créer des mutuelles de santé, une Ré-assurance Sociale ou Social-Ré pour tous

1.2. Etat des lieux / Contexte général / Situation particulière du Togo

La protection offerte aux salariés en matière de soins de santé est réduite voire inexistante ; que dire des populations rurales ou de secteurs informels devant une pauvreté persistante ?

De nombreuses approches de solutions sur le plan international ont été définies et élaborées pour tenter d'y parvenir, notamment la Stratégie de Soins de Santé Primaires (SSP) et l'Initiative de Bamako (IB).

Au Togo, des ONG / Associations, Organismes et Institutions Onusiennes (FNUAP, GTZ, UNICEF, CARE Togo, Plan Togo) en collaboration avec l'Etat fournissent des efforts en vue de répondre à ce besoin fondamental.

Malheureusement il apparaît que les résultats de toutes ces initiatives demeurent mitigés. Et comme on peut s'y attendre, les indicateurs liés à la santé sont assez déconcertants.

Ainsi, que l'on soit dans les soins de santé de base ou dans les soins de santé primaires, l'essentiel pour la population togolaise est d'avoir les moyens d'accès aux services appropriés.

II – METHODOLOGIE

2.1. Présentation du Cadre de l'étude / Politique sanitaire / état de santé de la population

L'un des pays africains les plus scolarisés, le Togo accéda à son indépendance le 27 avril 1960. Mais il va connaître très rapidement plusieurs troubles socio- politiques avec l'un des premiers coups d'État militaire en Afrique au lendemain de l'Indépendance le 13 janvier 1963. L'organigramme sanitaire suit la division politique du pays avec un système vertical, très pyramidal et très hiérarchisé ; le domaine de la santé est réservé exclusivement à l'Etat.

- Ministère de la Santé et Direction Générale de la Santé
- Direction Régionale et Centre Hospitalier Régional au Chef-lieu de la région, 5
- Districts avec des Hôpitaux de Préfectures et des Centres de Santé.

La décentralisation et l'autonomie donnée aux établissements hospitaliers publics togolais, par décret présidentiel, ne vont pas sauver le système de santé, faute de moyens financiers.

2.2. Techniques de collecte des données / Population cible et échantillonnage /

Enquête de mise en place de l'initiative de ré-assurance sociale

Notre étude est basée sur des questionnaires écrits et distribués dans la population de Lomé et de ses banlieues, des entretiens directifs et semi-directifs, avec recueil d'informations directes, sur le vécu quotidien d'une part et des recueils de littérature. D'autre part. Nous avons particulièrement ciblé, les chefs de famille, les malades, les accompagnateurs, les soignants, les religieux et les non-croyants pour un effectif total de 1.200 sujets.

Nous avons commencer par des recherches documentaires, par la revue de la littérature et la clarification de quelques concepts clés, tels que la mutualité, la mutuelle santé, le micro-crédit et la Ré-assurance Sociale.

La réalisation de notre étude s'est appuyée aussi sur des :

- . Données de littérature (OMS, Publications, Rapports d'Expertises, Mémoires et Thèses).
- . Rapports et données du système français, toujours en mutation permanente.
- . Données législatives (Lois -Décrets- Arrêtés, Français et Togolais).
- . Enquêtes auprès des Autorités compétentes (Ministre de la Santé Publique

L'approche utilisée s'est déroulée en plusieurs étapes :

- la pré-enquête est basée sur la recherche documentaire et surtout sur des missions exploratoires avec des entretiens informels ;
- la sélection des variables et indicateurs.
- le choix de la population cible et le prélèvement de l'échantillon de répondants.
- l'élaboration des outils d'enquête, des questionnaires simples et abordables.

L'enquête est faite simultanément ; ainsi chaque enquêteur s'est occupé d'un quartier donné et d'une catégorie d'individus bien ciblée. Leur répartition était faite de la façon suivante :

- un enquêteur doit conduire les entretiens auprès des ménages (de maison en maison)
- un autre à approcher les artisans dans leur atelier (ou sur leur lieu de travail)
- un autre encore s'occupe des enseignants à travers les écoles
- un autre dans les structures sanitaires : Les CHU, Tokoin et Campus de Lomé, les Centres de Santé, Cabinets et Hôpitaux privés.
- une autre équipe dans les églises et divers lieux de cultes
- et un autre enfin, a fait le tour des fonctionnaires dans les ministères.

III- RESULTATS

3.1. Administration du Centre Hospitalier Universitaire, hôpital de référence du Togo

Le CHU-Tokoin de Lomé, pour honorer ses prestations, a besoin de consommateurs de soins, des malades et de producteurs de soins, de médecins (le corps médical). Dans le cadre de l'organisation des établissements hospitaliers de la République togolaise, le Décret 90-191/PR stipule dans son Article 29 : « le personnel est constitué de celui affecté de la Fonction Publique et des agents recrutés directement par l'établissement public »; complété par l'Article 30 : « les éléments permanents de la rémunération du personnel affecté de la fonction publique (salaire de base et sujétion cadre) sont supportés par le budget de l'Etat ».

3.2. Données de l'enquête sur la perception de l'initiative de ré-assurance sociale

- Caractéristiques socio-démographiques des répondants / Vision ou perception du projet par les futurs bénéficiaires

Nous avons estimé qu'il serait bien indiqué de présenter les résultats par rubrique pour faciliter la lecture et permettre de suivre mieux la démonstration, et par des tableaux.

Il apparaît, au regard des données du tableau n° 1, qu'il y a une prédominance de répondants de sexe féminin (62,5 %) sur ceux de sexe masculin (37,5 %). Cela traduit la réalité constatée sur le terrain, en ce sens que le projet a intéressé plus les femmes que les hommes. Habituellement au Togo, les problèmes de santé de la famille préoccupent plus les mères, qui sont d'ailleurs les premières à constater et à s'inquiéter de l'état de santé des enfants.

D'après les déclarations (tableau 4) des individus de l'échantillon, les répondants de familles nombreuses se taillent la plus grande partie puisqu'ils sont 900 sur 1 200 à avoir au moins quatre (4) enfants. Les répondants sans enfant ne représentent que 6 % du total.

Sur la base de ces données, on peut estimer que le sujet intéresse surtout les personnes ayant des enfants à charge. En effet, plus la taille du ménage est grande et plus nombreux seront les problèmes de santé.

Plus de 95 % des enquêtés déclarent qu'ils sont prêts à prendre une assurance de ce genre (tableau 14).

On peut en conclure que l'initiative proposée répond à un besoin réel et ressenti comme tel par les gens. Et, puisque le projet rencontre les attentes des citoyens, il faut savoir dans quelles conditions cela est faisable surtout qu'ils sont prêts à payer, c'est-à-dire, à adhérer : 960, soit 80 % des répondants rejeté un taux inférieur à 500 F / mois (tableau 15).

IV- DISCUSSION

4.1. Discussion sur les données de la méthodologie ...

D'abord, il apparaît que cette étude exploratoire est un peu trop "expéditive" et n'a pas permis aux enquêtés "d'aller au fond des choses et aux choses du fond", bref de faire ce que l'anthropologue français Maurice GODELIER nomme "la véritable descente dans le puits".

Nous avons utilisé la méthode MARP qui ne peut permettre de collecter que des données exploratoires. Les enquêtés veulent avoir de plus amples informations «plus concrètes» sur ce que les initiateurs leur proposent, la nature de l'intervention et son origine.

D'autres ont fait part de leurs inquiétudes sur les expériences de ce genre. Et, jettent du discrédit, ne font pas confiance aux intermédiaires trouvant que cela ne se solde par d'escroquerie. D'après les sondés, de pareilles expériences ont déjà, été tentées au Togo, avec des résultats non probants et il y en a qui ont gardé un "goût amer".

Par ailleurs il est apparu que, ce sont les femmes qui s'intéressent le plus à des initiatives de ce genre. Car, de par leur nature et de par la place qu'elles tiennent au sein du foyer, les femmes sont directement interpellées par les problèmes de maladie des membres de familles. Au cours des investigations, nous avons découvert que le sujet les intéresse et les motive plus.

L'analyse des données nous autorise à avancer que le projet d'une ré-assurance sociale (ou assurance-maladie) va s'insérer dans une cohésion sociale existante (ou préexistante) Les futurs adhérents se connaissent et entretiennent des liens de parenté, d'amitié et de solidarité agissante.

4.2. Discussion sur les résultats de l'enquête qualitative auprès de bénéficiaires

L'analyse des données, tableau par tableau, a par ailleurs, mis en évidence la perception des avantages que les bénéficiaires peuvent tirer de leur adhésion et de leur participation à l'initiative qu'on leur propose.

Mais, des questions restent en suspens, auxquelles les gens veulent des réponses précises.

Sur la base de toutes ces considérations, il serait bien indiqué de prendre certaines mesures et de poser des actes concrets.

Une évaluation initiale, de grande envergure déterminera les données pertinentes et nécessaires.

C'est un atout qui peut favoriser l'acceptation, l'adhésion et la participation au projet proposé. L'innovation apparaît comme une structure de partage des risques sociaux et répond à un besoin réel de la communauté, surtout en ce temps de crise au Togo avec son lot de difficultés de vie et de survie. C'est pourquoi, les enquêtés semblent y trouver l'opportunité de pouvoir mettre en commun leurs ressources (périodiques, irrégulières et mensuelles, régulières) pour s'assurer des soins de santé, qui souvent leur sont financièrement inaccessibles.

C'est ce désir qui sous-tend la volonté de la majorité des répondants, surtout que l'accès aux soins de santé, constitue un problème fondamental pour les population à bas revenus.

*** CONCLUSION**

Au terme de notre étude, nous pouvons avancer que, d'après les conclusions auxquelles nous sommes parvenus, l'innovation proposée, la Réassurance Sociale, ou "Social-Re", « *E.G.A* » est susceptible de répondre à des besoins réels et urgents des Togolais: Elle a, et l'adhésion et la participation effective des populations enquêtées!

Au Togo, les structures d'épargne et de crédit sont régies par la loi n° 95-014 du 14 Juillet 1995 et le décret d'application n° 96-038 du 10 Avril 1996.

La nature des entrées et des sorties n'étant pas conforme à celle des autres formes d'activités, l'appréciation des produits et des charges doit se faire de façon spécifique afin de respecter les normes d'institution d'épargne et préserver l'esprit coopératif ou mutualiste.

VI- BIBLIOGRAPHIE

VII- ANNEXES

I- INTRODUCTION GENERALE

I- 1. contexte de l'étude et analyse de la situation

Dans un pays, généralement, toute politique de santé doit chercher à assurer à la population, un « état de santé », pouvant permettre aux citoyens de mener une vie socialement et économiquement productive.

Et l'on a l'habitude de dire : « Quand la santé va tout va bien »

En effet, la santé, (ou la bonne santé) est une dimension essentielle du développement humain durable (DHD).

La recherche de la bonne santé est une préoccupation quotidienne de l'homme, surtout en Afrique et dans les pays en développement, (PED) où le constat de la mauvaise santé est tenu pour indéniable et acquis. C'est un fardeau encore plus lourd pour les couches défavorisées.

Arriver à assurer la bonne santé aux populations du Tiers-Monde en général, et à celle de l'Afrique en particulier, est l'un des enjeux majeurs de ce siècle.

Les experts en développement, les gouvernants et les partenaires du développement inscrivent le débat sur la bonne santé des populations démunies et défavorisées au cœur de leurs préoccupations.

Nombre de recherches de solutions aux problèmes de santé s'expriment en projets. Mais, en face d'un projet de développement sanitaire à initier, quelle est la réaction des populations bénéficiaires ? C'est pour tenter de trouver des éléments préliminaires de réponses à cette interrogation centrale que la présente étude exploratoire est réalisée.

En effet, il est question de mettre en œuvre une expérience de réassurance sociale aux bénéfices des populations togolaises ; mais avant cela, il serait instructif d'évaluer la perception que les futurs bénéficiaires en ont. Autrement, il est question d'évaluer le degré de motivation et de déterminer les facteurs défavorables ou favorisant, la faisabilité de ce projet : La Réassurance Sociale au Togo.

La santé, est la condition sine qua non du développement humain durable (DHD), ce qu'implique le fait de considérer la santé comme une condition essentielle du développement et cela à tous les niveaux.

Au niveau macro-économique, l'intégration des principaux objectifs sanitaires et les objectifs généraux de développement sont beaucoup plus complexes. La santé est un ensemble de conditions fondamentales que chaque pays d'une part doit remplir et d'autre part aux ajustements qu'il doit apporter à sa politique pour bénéficier d'une aide financière ou même d'un prêt.

La diminution des subventions qui a suivi le désengagement des Etats africains du secteur sanitaire a porté un coup dur au financement des actes médicaux dans la plupart des pays en développement. Dès lors, est née l'Initiative de Bamako qui met l'accent sur la contribution des communautés en ce qui concerne la mobilisation des ressources pour la vie des formations sanitaires.

La protection offerte aux salariés en matière de soins de santé est réduite voire inexistante, malgré les dispositions contenues dans les textes législatifs, parce que les mécanismes institués sont essentiellement destinés à des prestations en nature offertes par des institutions médicales souffrant actuellement de manques chroniques en matière d'équipements et de produits pharmaceutiques [**AGBODJAN**].

La montée du chômage et le tassement de la croissance dans les pays riches "grands initiateurs et Donateurs" ne font pas l'affaire des organisations non gouvernementales (ONG)

d'aide au développement. C'est pourquoi d'ailleurs, la plupart d'entre elles recueillent moins de dons que par le passé.

Arrivées sur le marché des produits financiers au début des années quatre-vingt, les ONG sont passées maîtres dans la gestion des taux de swap, le cautionnement de PME (Petite et Moyenne Entreprise), le capital risque de proximité, les micro-crédits et autres comptes d'associés. Ces financiers très particuliers orientent leurs prêts vers des secteurs « informels ».

Ces dernières années, l'accessibilité aux soins de santé est devenue très difficile au Togo compte tenu de l'augmentation incessante des prix des prestations médicales.

Le contexte socio- politique et l'embargo économique que vit le pays en seraient les causes essentielles. Aucun secteur de la vie n'est épargné : de forts taux d'augmentation se révèlent dans tous les domaines, et tout particulièrement face aux soins de santé, domaine stratégique de par sa liaison avec la vie de l'homme.

L'utilisation des services de santé, et l'accès aux soins deviennent très limités voire impossibles. De cette situation, divers comportements parfois pervers naissent vis à vis des services de soins, même publics. C'est le cas du CHU-Tokoin de Lomé, Hôpital de référence du Togo qui doit faire face à ces nouvelles données. Cependant, la politique nationale de santé semble être axée sur le principe de la médecine sociale et préventive ; avec une répartition équitable de soins pour l'amélioration de la qualité de vie et une productivité économique, source de développement.

Diverses tentatives de solutions ont été faites mais elles ne sont pas parvenues à satisfaire la population. L'accès aux soins « pour tous » est resté au niveau des rêves malgré le programme de promotion de médicaments génériques : les Services de soins hospitaliers se vident.

La fréquentation du CHU-Tokoin a chuté de plus de 30% de 1992 à 2003. (*Budget CHU)

Mais le grand problème qui se pose est de savoir quelle est la structure idéale d'auto- prise en charge des coûts médicaux et comment peut-elle s'autofinancer ?

La micro-finance, appelée souvent *micro-crédit*, comme source et garantie des activités génératrices de revenus surtout dans des secteurs informels, a fait ses preuves dans certains pays en développement. On peut donner l'exemple de Burkina faso et du Sénégal, voire au Togo où la protection sociale est inexistante.

Elle pourrait alors s'appliquer à la santé pour permettre aux citoyens de très bas revenus d'avoir "accès aux soins médicaux" ; cela leur éviterait de trop attendre des établissements publics de soins qui, sous la menace de la crise "économique" persistante, font payer presque tous les actes comme c'est le cas du Togo.

L'Hôpital de Référence, le CHU-Tokoin se meurt : « *LA SANTE EST MALADE AU TOGO !* »

Pour sauver la santé au Togo, et le malade laissé à son triste sort et surtout à ses faibles revenus devant la crise socio-économique persistante, il faut mobiliser tous les prestataires et partenaires sociaux : *Créer la Réassurance Sociale !*

1.1.1- Justification du sujet :

Nous pouvons dire avec Guy VILLARDIS dans son ouvrage intitulé "la déperdition scolaire et la délinquance juvénile : tome 1, les écoliers perdus" « que nous n'avons pas choisi le thème de cette recherche ; il s'est imposé à nous par sa présence constante encore que diffuse dans notre environnement, dans nos occupations professionnelles, comme dans nos préoccupations personnelles. Nous l'avons vécu avant de le penser ».

En effet nous avons travaillé au CHU de Tokoin, Lomé- Togo pendant plus de dix ans. Et dans ce cadre nous nous sommes penché chaque jour sur le cas des couches sociales de bas niveau économique que nous recevions quotidiennement. C'est donc le résultat d'une expérience personnelle et d'observations directes, participantes des cas réels et empiriques.

La crise que traversent les pays en développement peut être aujourd'hui qualifiée de " crise tentaculaire " en ce sens que tous les aspects de la vie (socio- économique, psycho-affectif, culturel, juridique, idéologique, environnemental etc ...) sont affectés. Ainsi, la plupart des personnes malades en Afrique Subsaharienne éprouvent de jour en jour des difficultés à se faire soigner dans une unité de Formation Médicale, surtout dans les zones rurales. Aucun pays n'a trouvé de solution satisfaisante aux problèmes de santé ; tel est le constat fait par l'OMS dans son Rapport de 1999.

Les défis auxquels est confrontée la population togolaise, en matière de la santé sont énormes. La population togolaise, à l'instar de celle de la plupart des pays du Tiers Monde, porte en elle, une dynamique considérable. D'après les données des trois recensements réalisés dans le pays, la population est passée de 1.443.000 en 1960 à 1.950.000 d'habitants en 1970 pour atteindre l'effectif de 2.719.567 d'habitants en 1981. [NYASSOGBO].

Selon les estimations faites par la Direction de la Statistique à partir du pré dénombrement effectué en 1997, la population aurait atteint le chiffre de 4.269.500 en 1997 et 4.805.000 en 2002. Le taux d'accroissement naturel a donc évolué de 2,6 % par an entre 1960 et 1970 et 2,9% entre 1970 et 1981, de 3 % entre 1981 et 1990. D'après les données recueillies par la deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDS – II) en 1998 le taux brut de natalité étant à 37 ‰, la population togolaise avoisinera les 5.337.000 d'habitants en 2006.

Cette dynamique démographique entraîne naturellement des problèmes de population dont les plus importants sont entre autres :

- une fécondité caractérisée par des maternités précoces, rapprochées ; voire tardives et parfois non désirées causant de graves problèmes de santé de la reproduction.
- une prédominance des jeunes avec des problèmes de prise en charge en matière de soins de santé, d'éducation et même d'emploi.
- une persistance de pratiques néfastes en matière de santé (santé de la reproduction, d'hygiène, de nutrition)

Ces problèmes de population sus évoqués nécessitent des interventions.

Par ailleurs de nouvelles maladies émergentes font leur apparition inopinée en provoquant l'angoisse et la panique aux populations démunies et désarmées alors qu'elles sont déjà victimes d'autres fléaux comme le paludisme, les maladies infantiles, le choléra, la fièvre typhoïde, les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA etc ...

Ainsi, que l'on soit dans les soins de santé de base ou dans les soins de santé primaires, l'essentiel pour la population togolaise est d'avoir les moyens d'accès aux services appropriés.

L'assistance publique et le système de sécurité sociale sont , pour l'heure, une série de privilèges, pour les fonctionnaires et leur famille ; puis pour les travailleurs des entreprises

structurées qui eux aussi entretiennent en plus de leur famille de type mononucléaire, un ensemble de personnes à travers les obligations de solidarité.

En effet en ce 21^e siècle, l'Afrique Subsaharienne en général et le Togo en particulier, se doivent de relever un défi majeur : assurer à l'ensemble des populations une meilleure qualité de soins de santé, avec une accessibilité économico financière et géographique.

Le diagnostic de la crise socio-économique que connaît le Togo depuis plus de 15 ans et son incidence sur l'état de santé, ou bien sur la qualité des soins médicaux, sont alarmants.

- *La question est « l'accès universel aux soins de santé modernes dans une situation de crise économique persistante. »*

Alors « Qui finance quoi ? » ou mieux encore,

Que faire pour amener le Togolais malade à « assumer son état de santé par ses propres moyens » ?

Certes, l'hôpital a un rôle de première importance à jouer dans le développement du pays ;

Mais, l'autonomie attribuée au CHU par décret présidentiel, Décret N°90-192/PR autorisant les établissements publics à réaliser leurs recettes pour leurs dépenses, sans soutien financier adéquat, a plongé un peu plus dans le chaos le CHU qui est aussi appelé à recevoir les « indigents », pénalisant surtout les soins médicaux au Togo : Il faut vite R.E.A.G.I.R. !

C'est s'organiser pour pouvoir se prendre personnellement et collectivement en charge :

Créer des mutuelles de santé, une Ré-assurance Sociale ou Social-Ré pour tous.

De nombreuses approches de solutions sur le plan international ont été définies et élaborées pour tenter d'y parvenir, notamment la Stratégie de Soins de Santé Primaires (SSP) et l'Initiative de Bamako (IB).

Une application adéquate de ces approches devrait permettre aux pays concernés de juguler en partie des problèmes de santé.

Au Togo, des ONG / Associations, Organismes et Institutions Onusiennes (FNUAP, GTZ, UNICEF, CARE Togo, Plan Togo) en collaboration avec l'Etat fournissent des efforts en vue de répondre à ce besoin fondamental.

Malheureusement il apparaît que les résultats de toutes ces initiatives demeurent mitigés. Et comme on peut s'y attendre, les indicateurs liés à la santé sont assez déconcertants.

A titre indicatif au TOGO la mortalité maternelle s'élève à 480 pour 100.000 naissances (UNICEF 2002) ; la mortalité infantile atteint 80 ‰ (op-cit).

Au regard d'un tel constat, une question se pose : quelle approche de solution trouver au double défi de l'amélioration de la santé des populations et du financement durable des soins de santé ?

Pour y répondre, dans sa Politique Nationale de Santé (1996) l'Etat togolais réitère la nécessité de la participation des communautés de base à la mobilisation des ressources en faveur de ce secteur. De ce fait, il est prévu, entre autres alternatives, la création des mutuelles locales de santé (GIDEPPE, 1998)

C'est pourquoi toute initiative allant dans le sens de la protection et de l'amélioration de l'état de santé apparaît comme la conséquence de la rencontre d'une volonté extérieure et de l'expression d'un besoin local.

En effet, dans le but de faire bénéficier les populations togolaises de prestations de services en matière de santé, et plus précisément de la couverture de frais médicaux, Social-Re (Réassurance Sociale) se propose d'initier une expérience de prise en charge sociale.

1.1.2- Problématique

Quelles sont les chances de réussite d'une telle initiative ? Quels sont les facteurs de faisabilité, les conditions d'acceptabilité d'une telle expérience ?

Autrement dit, comment les futurs bénéficiaires perçoivent ce projet et dans quelle mesure cela peut répondre valablement à leurs attentes, à leurs besoins et à leurs aspirations profondes ? Que peut-t-on faire pour que cette expérience soit mise en œuvre et qu'elle devienne efficace et durable en ayant l'adhésion massive, et la participation effective des bénéficiaires ?

Les résultats de nos investigations aideront à trouver des réponses à ces questions

Compte tenu de la faiblesse des revenus, une importante frange de la population, éprouve beaucoup de difficultés à pouvoir se prendre en charge en cas de maladies.

Afin d'assurer l'accès équitable aux soins de santé à toutes les couches sociales, la mise en place de structures de partage de risques s'avère nécessaire.

1.1.3- Objectifs :

Pour déterminer les possibilités de mise en place d'une structure d'auto- financement des frais médicaux accessible à tout togolais, quelle que soit sa couche sociale, d'avoir accès aux soins de santé, ce travail se propose d'atteindre les objectifs suivants :

- D'abord documenter les spécificités du Togo en matière de politique sanitaire et surtout les réalités du CHU Tokoin (Lomé) le seul hôpital de référence qu Togo.
- Ensuite cerner les caractéristiques bio-sociales et socio-économiques des populations de Lomé futures bénéficiaires de l'initiative ;
- Enfin évaluer leur vision du projet proposé, leur degré de motivation, les atouts existants et les critères de faisabilité de l'initiative afin de savoir et de pouvoir élaborer un système de financement adapté aux populations cibles.

1.2. **Etat des lieux :**

1.2.1- Contexte général.

L'augmentation des prix de consultations, de soins et d'hospitalisations fait baisser considérablement la fréquentation des centres de soins surtout en PED où la prise en charge par la Sécurité sociale, voire des mutuelles-santé, n'existe pratiquement pas. Or dans le contexte mondial actuel en matière de la santé, toutes les sociétés humaines, riches ou pauvres sont plus ou moins conscientes que la santé a un coût. L'épatant slogan de l'OMS « La Santé n'a pas de prix, mais a un coût » a traversé tous les continents. Les "Pauvres", plus que tout les populations d'extrême pauvreté, sont les victimes devant se rabattre sur la solidarité, garante des liens de proximité, de la société ou des Etats.

Les groupes vulnérables et marginaux coûtent chers à la société. Il faut en effet tenir compte du coût potentiel productif non réalisé dans les pays pauvres. Ils constituent la forte

proportion de la force de travail et leur faible productivité est un handicap pour la croissance. En outre, la pandémie du SIDA a considérablement modifié les données ; car les conséquences de la pandémie sur les économies des pays en voie de développement seront dévastatrices en raison de lourde tribu que la maladie prélève sur la population active. On meurt plus jeune. On manque d'estimations exactes et bien documentées sur l'importance des groupes les plus vulnérables ; mais d'après les estimations générales de la population vivant au-dessus du seuil de pauvreté, le segment considéré représenterait entre 30 et 40 % de la population des pays pauvres. Dans la plupart des cas, les éléments économiques de la vulnérabilité seraient liés au chômage, à l'incapacité de mener une activité de production et à des solutions de marginalisation économique. [*OMS 1992, réformes économiques]

Il faut par ailleurs considérer le coût économique des programmes d'aide sociale, des services tels que les soins de santé gratuits ou subventionnés et le transfert des revenus et de divers types nécessaires pour apprécier un secours et un soutien beaucoup plus vulnérable tant qu'ils continuent de vivre dans des conditions aussi défavorisées.

A cette ère de la Mondialisation, « l'argent » est toujours roi et seul pourra, bien utilisé, combattre les maladies et favoriser le bien-être des togolais pour que le Togo puisse « Bien Naître » sur le plan National et International avec un « CHU » du nom CHU.

Une mauvaise santé entraîne inéluctablement un retard économique : une meilleure santé constitue déjà une fin en soi.

Elle entraîne également des avantages économiques importants en libérant des ressources qui peuvent être utilisées pour atteindre d'autres objectifs de développement.

L'amélioration de la santé et de la nutrition permet d'augmenter la productivité des travailleurs, de réduire le nombre de jours de maladie et de prolonger leur vie professionnelle potentielle et pourquoi pas l'espérance de vie, comme dans les pays développés.

Des données d'enquêtes sur les ménages en provenance de 9 pays suggèrent que les effets économiques de la maladie soient considérables. En moyenne, on peut s'attendre à Pérou, à ce qu'un travailleur adulte soit malade 4 jours $\frac{1}{2}$ par mois et perde ainsi 1 jour de travail. Au Ghana on peut s'attendre à ce qu'un travailleur soit malade 3,6 jours par mois et obtient 1,3 jours, soit deux jours de repos. Par contre aux Etats -Unis d'Amérique, les travailleurs âgés de 18 à 44 ans, perdent en moyenne $\frac{1}{4}$ de journée de travail par mois. La perte de revenus potentiels due à la maladie dans 8 pays en développement s'établit en moyenne de 2.1 à 6.5 % du revenu annuel, de la réduction, de la morbidité et exige manifestation des ressources. Mais les chiffres laissent supposer qu'un tel investissement produirait des bénéfices importants, non seulement en terme économique, mais aussi sur le plan humain.

La santé et la nutrition ont également des effets à long terme sur la productivité de la production, du fait qu'elles se répercutent aussi sur l'aptitude et la motivation scolaire des enfants. On s'est aperçu que chez les enfants sénégalais, la taille par rapport à l'âge, mesure des antécédents nutritionnels, était le facteur le plus important après le revenu familial pour expliquer la fréquentation et la réussite scolaire. [*Banque mondiale 1991]

1.2.2 – Situation particulière du Togo :

Au Togo, depuis les troubles socio-économiques et la grève générale illimitée ajoutée à la dévaluation du Franc FCA, les centres de soins et les hôpitaux se vident lorsque tous les actes de soins sont devenus payants.

Le togolais malade ne se soigne plus bien. Les « Herboristes et Tradi-praticiens » inondent le marché de la Santé : Soigner devient un « Job » pour tout habile orateur-commerçant, au détriment de la productivité des secteurs formels qu’informels.

Les problèmes d’indigents ou de groupes vulnérables, ne sont plus pris en charge correctement par l’Etat togolais. L’hôpital ne sait plus quoi faire de ces malades indigents.

Le salaire n’est plus régulier : sans revenu minimum, la « crise » a atteint toutes les familles. Les pauvres s’appauvrissent, les ménages cherchent à se nourrir et refusent les soins freinant ainsi l’économie nationale. Les individus vont acheter n’importe quoi comme médicaments «à tout faire » à un coût dérisoire, dès qu’ils sont malades, hypothéquant ainsi, et leur santé et le développement économique, la croissance de la nation.

La majoration des tarifs des soins s’est faite ressentir un peu partout dans le monde. Au Congo comme en Indonésie, l’introduction de paiement des actes de soins médicaux, conduit à une très forte baisse de la fréquentation des centres de santé.

Ce fait est monnaie courante au Togo et principalement à Lomé, la capitale : le CHU est désert surtout à cause de l’instauration des paiements des actes médicaux (car ils étaient gratuits : " L'Hôpital appartient à l'état " disent les togolais qui, non seulement ne sont pas capables de payer pour se soigner dans une situation de paupérisation et surtout de crise socio-politique croissante, étaient jusque là habitués à la gratuité des soins médicaux).

Le matériel, le personnel, la formation des futurs cadres de santé, la recherche exigent un investissement financier important. "Malgré les efforts faits par les pouvoirs publics pour fournir à la population togolaise des services de santé capables de satisfaire ses besoins fondamentaux" on se rend compte que les moyens disponibles ne sont pas en rapport avec l'entreprise" [SANT’ANNA], pour permettre un développement humain durable du pays.

Pour gérer et coordonner les activités du CHU-Tokoin de Lomé, cette institution est dotée d'une Direction administrative ; mais aujourd'hui n'est elle pas trop « administrative » ?

Le CHU-Tokoin se vide. Cette évolution n'a de chance de survivre que dans le cadre d'un développement social ouvert et non pas dans celui d'un paternalisme dispensé par un état central tout puissant.

Tout bénéficiaire de soins médicaux doit payer, du moins présenter un « Bon ». Des facilités sont accordées aux fonctionnaires et à tous ceux qui présentent une attestation de prise en charge d’employeur. En principe, les médicaments sont à la charge des patients. Certains malades préfèrent utiliser leurs relations ou l’influence d’un Supérieur ou d’un parent pour éviter de payer.

Le système est donc désormais confronté à l’impératif que constitue la maîtrise des dépenses. Celle-ci peut-être assurée par un renforcement de la cohérence du système par une amélioration de la qualité des soins et par une participation, non seulement financière mais aussi gestionnaire des usagers. Les dépenses de développement devraient être en grande partie réorientées sur la mise en place de moyens permettant une meilleure efficacité du système, plutôt que sur la mise en œuvre d’activités nouvelles engendrant une croissance des charges récurrentes. "Gouverner, c'est choisir". A vouloir tout faire, l'idéologie du pouvoir central l'a conduit à s'accabler de charges alors que la sagesse politique aurait dû le conduire à un

partage des tâches et des compétences. La solution des problèmes d'économie de santé sera donc liée à une évolution politique et surtout idéologique profonde susceptible de remettre en cause l'hégémonie du pouvoir central.

Le profil sanitaire de la nation met en évidence l'impact de la carence en action préventive et éducative. L'évolution des comportements vis à vis de la santé, serait susceptible de modifier considérablement à la fois l'incidence des principales pathologies mais aussi l'importance et les modalités de recours aux services de santé, par exemple la prise en charge des soins par la collectivité, la population malgré le bas revenu.

Le financement des services de santé, en l'occurrence le CHU-Tokoin sera affecté non seulement par la détérioration du PNB, mais aussi par la mise en œuvre des politiques destinées à assurer le contrôle de l'Etat Central sur l'ensemble des acteurs du système
[COCHE].

« La micro-finance togolaise est un secteur économique vitale qui n'est pas à l'abri de difficulté. Elle constitue une pièce importante de la machine économique togolaise, eu égard à sa contribution significative au développement et à la réduction de la pauvreté au Togo.

En ce qui concerne particulièrement la réduction de la pauvreté, l'octroi de micro-crédits à certaines couches vulnérables de la société togolaise, notamment aux femmes, a permis à ces dernières d'améliorer sensiblement leurs conditions de vie. Il ressort de témoignages concordants qu'avec des crédits modiques de 10.000 à 20.000 FCFA, certaines femmes revendeuses ont réussi, par leur ingéniosité, à charger au mieux la situation alimentaire et sanitaire de leur foyer et ont même pu scolariser leurs enfants » [* XINHUANET].

Le secteur micro-financier est en pleine évolution: d'une quinzaine d'institutions il y a une décennie, on est passé aujourd'hui à plus de 250 institutions de micro-finance.

A ce jour, le secteur a pu mobiliser au niveau de l'épargne entre 25 et 30 milliards de FCFA.

Au plan social, la micro-finance emploie actuellement plus de 1.500 agents.

Mais seulement voilà que tout n'est pas rose pour ce secteur. Il est confronté à des difficultés internes et externes.

Au niveau interne, la méconnaissance par certains acteurs de la micro-finance de la réglementation régissant cette activité constitue un handicap sérieux au fonctionnement et au développement de leur institution. Face à ce problème, l'Association des Institutions de Micro-finance a mis en place, en collaboration avec la Banque Centrale des Etat de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO) un programme de sensibilisation sur la législation et la réglementation relative à la micro-finance.

Au plan externe, le secteur est confronté aux difficultés de remboursement des crédits par les emprunteurs, surtout ceux qui ont dévié de l'objet du crédit en l'utilisant à d'autres fins plutôt que de l'investir dans des activités génératrices de revenus pour lesquelles le prêt a été normalement contracté. "On prend du crédit avec l'engagement flatteur de faire du commerce, et on s'en va se marier avec...", nous a confié, plein d'humour, le directeur d'une institution de micro-finance. A cela, a encore dit ce responsable, s'ajoute la mauvaise foi de certains débiteurs qui, malgré la bonne marche de leurs affaires, tergiversent quant au remboursement.

Face à cette situation, les institutions de micro-finance n'ont d'autres issues que de s'en remettre à la diligence de la Commission nationale de recouvrement des créances mise en

place par l'Etat togolais. Des acteurs de la micro-finance reconnaissent que cette commission "fait du bon travail". En 2003, elle a recouvré au profit des institutions de micro-finance environ 38 millions de FCFA de crédits en passe d'être remboursables.

On ne peut passer sous silence le fait que la micro-finance vacille au Togo aujourd'hui entre des exigences contradictoires. D'un côté, le consommateur, débiteur potentiel, estime qu'il faut assouplir les conditions d'accès au crédit et réduire de façon sensible le taux d'intérêt. De l'autre côté, les acteurs de la micro-finance pensent plutôt qu'une élévation du taux d'intérêt s'impose pour permettre à leurs institutions d'assumer convenablement les charges d'exploitation et de survivre à travers les temps. Ils ont cependant mine de vouloir céder à la première doléance du consommateur en promettant que les garanties exigées du candidat au micro-crédit peuvent être assouplies.

En tout état de cause, la micro-finance togolaise est pleine d'avenir et continuera de jouer un rôle capital dans le développement et en matière de réduction de la pauvreté, pourvu que l'Etat, les prestataires et les consommateurs concourent par le respect de leurs obligations respectives, à pérenniser ce secteur économique vital. (XINHUANET)..

Ainsi, de la micro-finance peut naître la micro-assurance, ou la réassurance sociale.

Lomé compterait sensiblement en 2003, plus d'un million d'habitants. Les projections et les estimations, sur la base du taux d'accroissement naturel permettent de retenir qu'en 2006 Lomé pourrait avoir plus d'un million cinq cent mille (1.500.000) d'habitants. Les femmes constituent la majorité absolue de la population de la ville (comme de celle du pays d'ailleurs) avec 53 % contre 47 % d'hommes. Et parmi cette population féminine, plus de la moitié, soit 29 % sont en âge de procréer. Dans son Mémoire de maîtrise en Sociologie, Kodjo YODO[*] a découvert que, 6% des femmes à Lomé sont salariées dans les secteurs public et privé tandis que 17 % d'entre elles exercent des professions libérales. Le reste est pratiquement sans emploi ou bien s'adonne aux petits métiers du secteur informel.

-Lomé rassemble une importante agglomération humaine. Par ailleurs, de par son monopole, sa situation géographique et sa suprématie dans tous les domaines économique-commerciaux, Lomé, attire des milliers de ruraux et les habitants des autres villes du pays (et de la Région).

"Lomé est en quelque sorte, le Togo en miniature" d'après le géographe NYASSOGBO . Cela crée naturellement des problèmes de santé que les citoyens n'arrivent pas à résoudre. On peut ajouter à ses problèmes déjà graves et préoccupants la cherté du coût de la vie, la diminution du pouvoir d'achat du citoyen, la flambée des prix des produits de première nécessité etc ... Cela voudrait dire grosso modo que la population de la capitale rencontrent de sérieuses difficultés de vie et de survie ; c'est-à-dire des problèmes d'existence quotidiens surtout avec la crise socio-politique et économique-financière que connaît le pays depuis plus de 15 ans accentuée entre temps par la dévaluation du franc CFA survenue en 1994. Certains habitants de Lomé sont presque "aux abois", devant la misère « moderne ».

C'est autant dire qu'en face d'une conjoncture préoccupante et exacerbée, l'effondrement de leur pouvoir d'achat, les citoyens sont dans une situation de démunis et de misère totale.

Remarque

Les partenaires du développement, les ONG / Associations / les Organismes Internationaux volent au secours des populations togolaises pour tenter de colmater les brèches, de sauver ceux qui peuvent l'être, tant bien que mal par diverses actions d'aide d'appui d'accompagnement ou d'encadrement pour l'auto promotion et le développement communautaire.

L'Initiative Sociale viendra à point nommé : Car la Santé est la base du Développement.

II -METHODOLOGIE

2.1. Présentation du cadre de l'étude

2.1.1- Bref aperçu et connaissance avec le Togo :

Pays d'Afrique Occidentale, le Togo est limité à l'Est par la république du Bénin, à l'Ouest par le Ghana, au Nord par le Burkina-Faso, et au Sud par le Golfe du Bénin, Océan Atlantique. Etroit en longueur, avec 50 km de plages bordées de cocotiers, son territoire s'étend au Nord vers l'intérieur sur plus de 600 km. Dans sa plus grande largeur, le Togo mesure 150 km. Sa superficie est de 56600 km² avec une population jeune d'environ 4.5 millions d'habitants.

Ce petit pays modeste de l'Afrique Occidentale, a autant de problèmes socio-économiques que sanitaires comme presque tous les pays sous développés.

Historiquement, ce pays vit le jour dès la fin du 18^{ème} siècle, et principalement à partir de 1884, lorsque le colonisateur allemand Gustav NACHTIGAL arriva à signer un traité de protectorat, « Model Kolonia » avec le Chef traditionnel, Mlapa III du village de To-go-do ("derrière la rive") sur les rives de la lagune "Lac Togo", appelé aujourd'hui Togoville qui donna le nom Togo au Pays.

Cette colonie fut divisée en deux par les alliés anglais et français, lors de la 1^{ère} Guerre Mondiale, le 26 Août 1914 (1/3 à l'Ouest aux britanniques et 2/3 à l'Est aux français). C'est la partie française qui est le Togo actuel. Avec une division verticale des peuples du Sud au Nord, il a plus de 60 dialectes, des Ethnies diverses (avec leurs avantages et inconvénients).

Si plus d'un tiers est chrétien et à peine un dixième musulman, la plupart des Togolais sont animistes ou croient à plusieurs dieux, dont le Dieu du ciel et Dieu de la Terre.

L'un des pays africains les plus scolarisés, le Togo accéda à son indépendance le 27 avril 1960. Mais il va connaître très rapidement plusieurs troubles socio- politiques avec l'un des premiers coups d'État militaire en Afrique au lendemain de l'Indépendance le 13 janvier 1963.

La décentralisation et l'autonomie donnée aux établissements hospitaliers publics togolais, par décret présidentiel, ne vont pas sauver le système de santé, faute de moyens financiers.

Que faire pour financer le CHU-Tokoin de Lomé, Hôpital de Référence du Togo et de la sous-région, ouest-africaine ?

2.1.2 - Système de santé et politique sanitaire du Togo

ORGANIGRAMME DU SYSTEME SANITAIRE

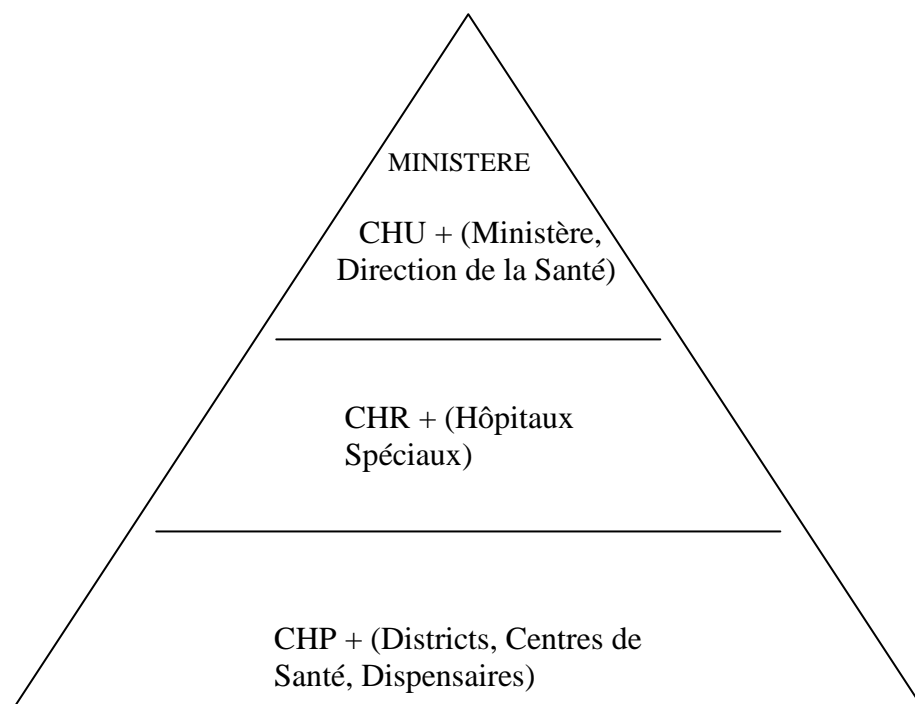


Schéma tiré du mémoire d'ADJEH Assoupui « Contribution à l'amélioration de la rentabilité hospitalière, cas du CHU – Tokoin de Lomé ».

L'organigramme sanitaire suit la division politique du pays ; avec un système vertical, très pyramidal et très hiérarchisé :

- Ministère de la Santé et Direction Générale de la Santé
- Direction Régionale et Centre Hospitalier Régional au Chef-lieu de la région, 5
- Districts avec des Hôpitaux de Préfectures et des Centres de Santé.

Au Togo, le domaine de la santé est réservé exclusivement à l'Etat.

La Constitution de la IVème République Togolaise l'exprime en son article 34 :

« L'Etat reconnaît au citoyen le droit à la santé. Il œuvre à la promouvoir ».

Ainsi le décret n° 90-191/PR, relatif à l'organisation des établissements hospitaliers de la République Togolaise du 26 décembre 1990, l'appuie en son article 1^{er}, stipulant que « Les établissements hospitaliers publics sont classés selon leur lieu d'implantation, leur vocation, leur capacité et leur équipement ou de leur spécialisation en :

- Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)
- Centres Hospitaliers Régionaux (CHR)
- Centres Hospitaliers Préfectoraux (CHP)
- Hôpitaux Secondaires et/ou Hôpitaux Spéciaux (HS).

Par ailleurs, le Togo dispose d'une centaine de Centres Médicaux de Santé, ainsi que des Dispensaires, dont les créations et implantations sont laissées à la discrétion du Ministère et de la Direction Générale de la santé par décrets ou arrêtés ministériels ; sans citer les Cliniques ou Hôpitaux privés à Lomé.

Aussi des Hôpitaux confessionnels et religieux avec l'autorisation des gouvernements togolais se sont implantés surtout dans la partie sud du pays sans oublier plusieurs Dispensaires ou Centres de Santé « Religieux » à travers tout le pays :

On peut citer l'Hôpital Catholique d'Afagnan (dirigé par des Frères Italiens), l'Hôpital Béthesda, protestant d'Agou (Missionnaires Allemands), et l'Hôpital Béthel de Kpélé Tsiko-Adéta, par des Américains.

2.1.3- Gestion des services de santé au Togo :

L'administration sanitaire togolaise est fortement hiérarchisée. Au départ, caractérisée par une structure verticale, elle tend progressivement vers une organisation décentralisée avec des relations plus ou moins horizontales. Le schéma organisationnel est de type pyramidal.. Ce schéma tactique a été mis en place par le gouvernement pour répondre plus efficacement aux besoins des différentes communautés cibles.

Le Ministère de la Santé, aidé par la Direction Générale de la Santé, est au niveau central (au cœur et au-dessus de tout : c'est le niveau supérieur, le sommet de la pyramide).

Niveau périphérique

Le niveau périphérique du système de santé est représenté par les Directions Préfectorales de la santé (DPS) et les Districts Sanitaires au niveau de la DRS de Lomé auxquels sont rattachés les Hôpitaux Préfectoraux (HP). Ces structures sanitaires sont des hôpitaux de référence des Préfectures et les Unités de Soins Périphériques(USP).

Au total, on dénombre 30 Directions Préfectorales de la santé à raison de quatre (04) dans les Savanes, sept (07) dans la Kara, quatre (04) dans la Centrale, neuf (09) dans les Plateaux, et six (06) dans la Maritime.

30 Centres Hospitaliers Préfectoraux (CHP)

363 Centres de santé

354 Dispensaires et Postes de Protections Maternelles et Infantiles (PMI).

Niveau intermédiaire

Le niveau intermédiaire comprend les Directions Régionales de la Santé (DRS) et les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) qui sont les hôpitaux de référence des Régions. Bien que le pays soit découpé en cinq (05) Régions Administratives, le système de santé comporte six Directions Régionales de la santé car la ville de Lomé représente à elle seule une DRS eu égard à la population qu'elle concentre. Ainsi on compte les DRS des Savanes, de la Kara, de la Centrale, des Plateaux, de la Maritime et de Lomé commune.

- Cinq (05) Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) : Dapaong, Kara, Sokodé, Atakpamé et Tsévié (pour la région maritime et la Commune de Lomé, la Capitale).

Deux (02) Centres Hospitaliers Universitaires CHU-Tokoin et CHU- Campus de Lomé.

Le Ministère de la Santé Publique (MSP) est organisé au niveau central en une direction générale et cinq directions centrales dont celle des Soins de Santé Primaires, Chargée de la coordination des programmes de santé pour la mise en œuvre de la stratégie du financement communautaire. La responsabilité de mise en application revient principalement aux trente directions préfectorales appuyées par les cinq directions régionales.

La pyramide du système de soins fait apparaître ainsi trois niveaux, avec de sérieuses contraintes. Elles sont introduites à chaque niveau. Le premier niveau comprend les unités de soins périphériques (USP) regroupant les dispensaires, les centres médico-sociaux et centres de santé. Le deuxième niveau constitue le niveau de référence médicale et chirurgicale regroupant les hôpitaux préfectoraux et /ou secondaires et les hôpitaux confessionnels. Au troisième niveau, on retrouve les Centres Hospitaliers Régionaux et Centres Hospitaliers Universitaires qui ont une double vocation de soins médicaux et chirurgicaux spécialisés et d'enseignement.

2.1.4- Contraintes, ou difficultés sur le terrain

Les objectifs spécifiques sont mis en exergue au détriment des objectifs généraux et intermédiaires.

Réduire la fréquence des maladies infectieuses et parasitaires,

Réduire la prévalence des carences nutritionnelles,

Réduire la fréquence des nouveaux problèmes de santé, avec un accent particulier sur le SIDA

Améliorer la couverture en infrastructures et équipements,

Optimaliser les ressources humaines

Rendre disponibles et accessibles les médicaments essentiels, vaccins et consommables médico- chirurgicaux en mettant l'accent sur leurs usages rationnels,

Améliorer la capacité d'organisation et de gestion du système de santé à tous ses niveaux,

Opérationnaliser les districts sanitaires,

Réduire les inégalités d'accès aux soins en optimisant le financement national et la complémentarité entre le secteur public et privé.

Pour atteindre les objectifs fixés, la politique nationale de santé accorde une priorité absolue aux soins de santé primaires à travers l'amélioration de l'offre et de l'intégration des soins promotionnels, des soins préventifs, des soins curatifs et des soins ré-adaptatifs.

Un accent particulier est mis sur la protection des groupes spécifiques : mères, enfants de 0 à 5 ans, préadolescents, jeunes et adolescents, travailleurs, personnes âgées, population carcérale, puis aux soins préventifs.

Contraintes d'ordre institutionnel

Le département est trop souvent sujet à des réaménagements, ce qui porte préjudice à la pérennité des institutions. La décentralisation au niveau du secteur est en avance sur la décentralisation politico- administrative au niveau régional qui tarde à se mettre en place alors que le district sanitaire trouve son répondant au niveau de la préfecture.

Contraintes d'ordre socio-économique

Le pouvoir d'achat de la population a toujours été faible et cette situation s'est aggravée avec la récession économique mondiale, la crise socio- politique que le pays a traversé de 1990 à 1993 et la dévaluation du franc CFA qui est intervenue en janvier 1994.

Le faible taux d'alphabétisation et particulièrement celui des femmes constituent un frein pour la mise en œuvre de plusieurs réformes.

La dévaluation du franc CFA a eu pour effet la cherté de la vie et l'augmentation d'environ 100% du prix des produits pharmaceutiques. La reprise économique sur le plan national se fait très lentement et le développement des structures ne suit pas la croissance démographique élevée.

L'arrêt de recrutement du personnel de santé constitue un frein pour la mise en œuvre des réformes et des programmes.

Contraintes d'ordre politique

L'engagement politique dans le secteur de la santé n'est pas toujours suivi d'actions concrètes, faute de ressources, ce qui ne facilite pas la mise en œuvre des programmes.

L'absence au niveau supérieur de l'Etat d'un organe de concentration et d'orientation en matière de santé ne favorise pas l'implication de tous les secteurs y compris les communautés de base.

La crise socio- politique vécue par le pays a contraint certains partenaires au développement sanitaire à se retirer, ce qui a beaucoup fragilisé le secteur. Les troubles socio- politiques ont entraîné aussi des abandons de postes par certains cadres. La gratuité des soins est considérée comme un acquis aussi bien par les bénéficiaires que par les prestataires.

2.1.5- Problèmes d'état de santé

Maladies infectieuses et parasitaires, carences nutritionnelles et nouveaux problèmes.

Problèmes sous-jacents du système de santé

Insuffisance de la couverture sanitaire, pénurie des médicaments, vaccins et consommables médico- chirurgicaux, faible capacité d'organisation et de gestion du secteur et en particulier faiblesse du système d'orientation- recours, inopérationalité du district sanitaire, insuffisance du financement du secteur.

Problèmes sous-jacents extérieurs du système de santé :

Insuffisance d'eau potable et mauvaises conditions d'hygiène, faiblesse de l'information et de l'éducation en matière de santé, faible participation des populations au développement sanitaire, faible contribution des autres secteurs, pression démographique forte et les problèmes prioritaires. Prédominance des maladies transmissibles et non transmissibles, faible capacité de gestion des services et de couverture en soins et services de qualité, faible capacité de coordination des partenaires au développement sanitaire pour la réalisation des objectifs fixés.

Malgré ces efforts fournis, l'équité des soins est loin d'être garantie. En effet, une importante frange de la population victime de l'extrême pauvreté demeure aujourd'hui incapable d'accéder financièrement aux soins de santé primaires.

2.2. Techniques de collecte des données

2.2.1- Recherches documentaires

* Revue de la littérature et clarification de quelques concepts clés

De nombreuses études ont été consacrées à la problématique de la santé communautaire, à celle de la promotion des systèmes mutualistes de financement des soins de santé en général. La présente rubrique vise à prendre en considération ces contributions afin de préciser la spécificité de l'étude. En fait, il s'agit pour nous de mieux appréhender l'objet de la présente étude. Pour ce faire, sont pris en compte :

- des ouvrages sur la santé communautaire ;
- des manuels spécifiques sur les mutuelles de santé ;
- des mémoires de maîtrise et de DEA (diplômes d'études approfondies) ;
- des rapports d'études réalisées par des institutions.

Une lecture judicieuse de toute littérature nous permet d'en faire une analyse critique.

Sans prétention ni d'être exhaustif ni de mieux faire que les auteurs nous présentons ici quelques-uns de ces travaux.

ATIM, C.Ph.D (2000). Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et de centre, Genève STEP.

Cette synthèse, est le fruit d'une recherche commandée et financée par plusieurs organisations internationales. L'esprit de l'étude est de servir de base de définition des priorités et des formes d'assistances des futures stratégies que ces organisations internationales pourront engager. A travers cet ouvrage, l'auteur rend compte de la contribution actuelle et potentielle des mutuelles de santé dans lesdites sous régions continentales. Nous pouvons retenir leur apport actuel et potentiel à

- la qualité des soins de santé administrés dans les formations sanitaires,
- l'équité dans l'accès aux soins de santé,
- la mobilisation des ressources en faveur du secteur de santé,
- l'amélioration des relations entre soignants et patients.

L'étude relève entre autres limites de ces systèmes mutualistes, le faible taux de recouvrement, les niveaux de cotisation peu élevés et la faible pénétration des groupes cibles. Toutefois, elle ne s'est pas attachée à donner les causes profondes de la faible pénétration des groupes cibles. Par ailleurs, si l'étude a inventorié les mutuelles de santé du Togo, aucune d'entre elle n'a fait partie de l'échantillon ayant servi à une analyse approfondie. Notre travail est un essai qui vise à combler ces insuffisances.

HUBERT, G. et al. (2003). Mutuelle de santé – 5 années d'expérience en Afrique de l'Ouest : Débats, controverses et solutions proposées. Divers thèmes sont développés :

- les questions de faiblesses financière, institutionnelle et gestionnaire des mutuelles,
- les questions des études de faisabilité approfondies et des études socio-anthropologiques et politiques,
- le type de groupe cible (rural ou urbain) à privilégier dans une perspective de promotion de mutualité,
- les types de prestations préférentiels à proposer aux adhérents, etc.

Tous les concepts ont fait l'objet de débats controversés, de raisonnements dichotomiques mais très enrichissants. Cependant, la pesanteur de la médecine traditionnelle sur le fonctionnement des mutuelles de santé n'a pas été analysée.

SAÏZONOU, G.A. Epse BROOHEM. (2001). Atouts et contraintes au développement des mutuelles de santé – Cas du Togo. Mémoire de DEA en Sociologie, Université de Lomé.

L'auteur se propose d'étudier la contribution des mutuelles de santé à l'amélioration de qualité des soins de santé en rapport avec le nombre des adhérents afin de dégager des stratégies pouvant permettre la réussite de cette initiative au Togo.

La réalisation de cette étude doit passer par une identification des contraintes et des atouts au développement des mutuelles de santé au Togo, une analyse de la situation sanitaire du Togo, une étude des principes de base de ladite structure et un inventaire des mutuelles de santé au Togo. L'autofinancement étant un principe fondamental des mutuelles de santé, l'auteur, à travers une analyse de la période de récession économique que traverse le pays, pose l'hypothèse suivante « la situation socio- économique du Togo est telle que ce principe ne peut être favorablement mis en œuvre et permettre aux mutuelles de santé de s'autofinancer et d'atteindre par conséquent le développement que les promoteurs et ces mutuelles de santé souhaitent »

Ce travail de mémoire nous intéresse puisqu'il prend en compte nos préoccupations et expose un inventaire documentaire assez instructif. Cependant, il nous laisse sur notre soif. Étant un travail introductif à la thèse de doctorat, nous n'avons pas pu bénéficier des résultats concordants. Par ailleurs la présente étude est comme une monographie par rapport à cette recherche qui se veut nationale.

TAKPATI, E. (1996). L'impact socio- économique du financement communautaire des soins de santé primaire en milieu rural au Togo. Cas des centres de santé de Wli, Pagala- gare, Baga, Sanfatoute et Tidonte. Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Lomé.

Cette étude part du constat d'un paradoxe existant entre le monde rural traditionnel et la réalité actuelle en milieu rural. Jadis, zone d'approvisionnement en vivres, le milieu rural est devenu aujourd'hui une zone de famine intermittente, de maladies et de toute sorte de misère.

L'étude a eu le mérite de nous montrer la corrélation positive qui existe entre la santé et la production puis l'influence qu'elle exerce sur le revenu du paysan. Ainsi, l'auteur affirme que la précarité de la santé est la cause essentielle qui entretient le cycle de paupérisation en milieu rural. Aussi ajoute-t-il qu'en de pareilles circonstances aucun espoir de développement rural n'est permis.

L'auteur fonde ses propos sur une analyse systématique de l'impact socio-économique du financement communautaire des SSP faite sur des centres de santé de Wli, Pagala- gare, Baga, Sanfatoute et Tidonte.

Les collectivités locales bénéficiaires de ces centres sont montrées défavorables à l'autofinancement des SSP. L'étude a mis l'accent sur la nécessité d'une mobilisation communautaire et la prise en compte des réalités locales pour éviter les échecs d'initiatives communautaires.

Il a été proposé entre autres :

- aux ONG opérant en zone rurale, la nécessité de tenir compte du volet santé, quel que soit leur domaine d'action ;
- aux populations rurales, l'institution d'une caisse de pharmacie villageoise.

Toutefois, l'auteur a fait passer sous silence les difficultés fonctionnelles auxquelles l'application de ses propositions pourra se confronter. En outre, cette étude s'est plus focalisée sur l'implantation des centres de santé et l'accroissement de leur performance. Mais qu'en est-il de leur accessibilité économique ? C'est à ces insuffisances que veulent répondre nos investigations.

TOULAN , A.M. (2006). L'organisation de la santé communautaire au Togo- Cas du village de Wogba dans la préfecture de Vo. Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Lomé.

Ce travail de mémoire est une contribution à une meilleure organisation de santé communautaire au niveau local. Pour ce faire, il passe par une analyse critique de l'application de concept de santé communautaire au Togo.

Dans cette étude menée dans le village de Wogba, TOULAN déplore :

- la non- représentativité du comité de Gestion (COGES), organisme chargé de la promotion du développement sanitaire dans ladite localité ;
- la fragilité des relations existant entre les divers acteurs de développement sanitaire.
- Le fait que les populations à la base n'ont pas de bonnes informations sur les maladies, leurs causes, leurs conséquences et leurs solutions possibles.

Conséquences, les populations ne participent pas aux activités sanitaires qui sont censées les préserver contre des risques de contamination.

Locoh Thérèse (1989) a essayé d'examiner les problèmes d'accès aux soins de santé au Togo. Selon l'auteur, la persistance des obstacles à l'accès aux soins de santé primaires est due à plusieurs causes avec un contexte socio-économique changeant. D'après l'auteur, il y a un besoin d'information d'éducation, de communication et de sensibilisation sur la nécessité d'avoir des comportements responsables en matière de santé surtout de la santé de la reproduction. Or, que constate-t-on ? S'interroge l'auteur. Il y a souvent certaines déficiences structurelle telles que le manque crucial de structure d'information adéquates au niveau des milieux ruraux et des populations immigrées nationaux et expatriées. La non institution systématique des activités d'IEC à l'adresse de ces couches sociales, leur inaccessibilité chronique aux services de soins médicaux moderne etc... sont autant des facteurs explicatifs de la méconnaissance, de la non maîtrise et de la non adoption des mesures d'hygiène, de prévention des maladies etc... A cela s'ajoute d'autres facteurs d'ordre socio-économique : la misère rampante, le faible niveau économique, l'absence des revenus régulier etc... tout cela est susceptible d'empêcher bon nombre de gens d'avoir accès aux soins de santé qui ne sont pas toujours à la portée de leur pouvoir d'achat. Les observations de l'auteur correspondent assez bien aux conclusions auxquelles nous sommes parvenu à l'issue des investigations

Tous ces thèmes nous intéressent dans le cadre de cette étude. Toutefois, l'auteur a manqué d'intégrer à sa recherche une approche relative au développement des systèmes de financement communautaire des soins de santé. Or, il s'agit là d'un aspect fondamental de nos préoccupations.

2.2.2- Définition des concepts

Ce travail ne saurait être intelligible sans une définition des « choses » dont nous traitons il est utile de préciser que toute définition est nécessairement restrictive. Le présent essai ne fait pas exception. L'importance de cette rubrique est de proposer aux lecteurs des sens opératoires aux concepts- clés dont nous avons fait usage.

La santé est le bon état physiologique d'un être vivant. C'est aussi le fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme pendant une période appréciable (indépendamment des anomalies ou des traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales : un aveugle ou un manchot peut avoir la santé).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'OMS, c'est : « l'état de complet bien-être physiologique, mental, et social et qui ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité ». (Constitution de l'OMS 1946).

L'article 24 de l'Organisation des Nations Unies précise que l'objectif de la démocratie dans nos pays doit être la protection et la promotion de la santé humaine : protection directe de l'individu et de la population, protection indirecte à travers l'amélioration permanente de la qualité sanitaire, de l'environnement social de l'homme, à travers l'éducation et la prise de conscience pour une meilleure défense de la nature, alors de la santé.

La santé, condition du développement, analyse ce qu'implique le fait de considérer la santé comme une condition essentielle du développement et cela à tous les niveaux.

Le développement économique

- Le développement est l'ensemble des différents stades par lesquels passe une organisation, un être vivant pour atteindre sa maturité, la croissance.

- L'économie quant à elle se définit comme étant l'ensemble des activités d'une collectivité humaine relative à la production, à la distribution et à la consommation des richesses.

- Le développement économique quant à lui est défini comme une amélioration qualitative et durable d'une économie et de son fonctionnement.

Le développement économique a de son rôle fait l'objet d'interprétations différentes. Les récents débats sur la qualité de la vie et les problèmes de la pollution de l'environnement, de la nature etc. en opposant parfois un « toujours mieux » au « toujours plus ».

Parler du développement économique c'est faire deux distinctions nécessaires, c'est à dire la croissance et le développement, qui ont comme base essentielle, la santé !

La situation alarmante actuelle des pays en développement dans le domaine économique, est la perturbation de l'état de santé avec l'éternel problème du paludisme, "*Malaria*" et en plus, la pandémie du SIDA que connaît presque tous les pays de l'Afrique. Ces deux maladies emportent les individus à l'âge le plus productif.

L'impact économique et social du SIDA sera incalculable sur les adultes jeunes et d'âge moyen notamment les membres des élites sociales, économiques ou politiques.

Les ménages, la famille et la tribu, constituent la base du développement. On ne peut faire des performances économiques que si la main d'œuvre est en bonne santé, physique et mentale.

La croissance est sans doute nécessaire au développement, mais elle ne s'identifie pas à celui-ci. On n'a en effet pas manqué d'observer que la croissance économique, c'est à dire l'augmentation de la production et du revenu, constitue sans doute l'objectif essentiel du développement ainsi que le critère le plus significatif pour juger de progrès accomplis par ce dernier. Il est nécessaire et même souvent indispensable d'assurer un taux suffisant pour pouvoir atteindre d'autres objectifs auxquels vise le développement tels que l'accroissement du taux de formation du capital, l'instauration de l'équilibre dans les échanges, l'autonomie en matière d'alimentation, le maintien de la stabilité des prix, le relèvement du niveau de vie ou l'atténuation des disparités dans les revenus des différentes catégories sociales ou parties d'un même pays.

La croissance peut être contradictoire avec le développement. Elle, au sens quantitatif de l'expression du PNB (Produit National Brut) n'est pas synonyme du développement.

Le développement implique un relèvement sensible du niveau de l'emploi, une répartition plus équitable des revenus et de la richesse afin de promouvoir tant la justice sociale que l'efficacité de la production, une amélioration de la sécurité du revenu, la réalisation des transformations qualitatives et structurelles qui doivent aller de paire avec la croissance économique. Si la santé de la population est garantie, le développement présuppose généralement la croissance puisqu'il est « la combinaison des changements mentaux et sociaux d'une population qui la rendent apte à faire croître, cumulativement et durablement son produit réel global », mais il requiert aussi, ce qu'implique le concept d'une idéologie économique.

Le développement humain durable (DHD)

C'est un concept qui met en exergue la politique tendant à satisfaire les besoins actuels des populations sans compromettre les capacités de générations futures de répondre à leurs propres besoins. Cette politique doit prendre en compte toutes les composantes de la société, femme et homme, avec tous les droits au travail, à l'héritage, au crédit, à l'éducation, à la participation aux décisions avec l'application du principe de « l'homme qu'il faut à la place qu'il faut » (= *the right man at the right place*), en vue d'une maîtrise efficace des données environnementales, socio-politiques et économiques.

Au niveau macro-économique, l'intégration des principaux objectifs sanitaires et les objectifs généraux de développement sont beaucoup plus complexes. La santé est un ensemble de conditions fondamentales que chaque pays d'une part doit remplir et d'autre part aux ajustements qu'il doit apporter à sa politique pour bénéficier d'une aide financière ou même d'un prêt.

Les dépenses de santé avant et après la mise en œuvre de politiques d'ajustement dans 15 pays d'Afrique subsaharienne

Pays	Dépenses de santé en % des dépenses publiques totales nettes d'intérêt		Indices des dépenses réelles de santé (1980 = 100)	
	Avant ajustement	Après ajustement	Avant ajustement	Après ajustement
Burkina Faso	6.4	5.5	105	118
Côte d'Ivoire	3.8	4.6	97	97
Ghana	7.1	9.8	67	132
Kenya	7.6	7.1	100	99
Madagascar	5.2	5.7	61	66
Malawi	5.6	7.8	97	100
Maurice	7.8	8.8/	101	115
Niger	4.2	4.8	84	106
Nigéria	2.5	2.4	81	48
Ouganda	5.0	3.7	113	155
Sénégal	6.0	4.9	104	113
Sierra Leone	7.2	4.0	-	-
Togo	6.4	4.8	-	-
Zambie	7.5	5.8	100	87
Zimbabwe	6.6	6.8	135	133

Source : Dave E Sahn, Fiscal and Exchange Rate Reforms in Africa-Considering the Impact on the Poor-Cornell Food and Nutrition Policy Programme 1990.

La part des dépenses de santé dans les dépenses totales de l'Etat a régressé dans 8 pays sur 15. Les dépenses de santé ont diminué en valeur absolue dans 4 pays, dont 3 figurant parmi les 8 pays ci-dessus obligeant ainsi les ménages à se prendre en charge sur le plan sanitaire.

Pour l'Afrique, la paix, la sécurité, et la stabilité, demeurent le triptyque pour un développement durable. L'Afrique a un taux de croissance de 3.5% c'est à dire la moitié de ce qu'il devrait être pour pouvoir amorcer son développement. Elle compte le plus grand nombre des pays les moins avancés, le plus grand nombre de pays à faible revenu, le plus grand nombre de pays les plus lourdement endettés.

L'indicateur de développement humain du Togo est passé successivement de 0.354 dans le rapport de 1990 à 0.225 dans celui de 1991, à 0.218 dans ceux de 1992 et 1993, puis à 0.309 dans celui de 1994 et 0.409 dans le dernier rapport c'est dire de 1995.

Le fléchissement entre 1990 et 1991 n'est pas dû à une détérioration de la situation au Togo, mais plutôt à une meilleure maîtrise des données statistiques utilisées. De même, la décroissance de l'indicateur de développement 1992 et 1993 est due en partie aux effets des problèmes politico-économiques que traverse le pays mais découle pour une part non négligeable des changements dans les valeurs limites introduites dans le rapport de 1994 [IYA].

La mutuelle

* Mutualité, mutuelle de santé et ses principes de base

Les essais de définitions proposés ci-dessous s'inspirent des modules développés dans le Guide pratique à l'usage des promoteurs (...) et dans le Manuel de formateurs sur les mutuelles de santé (voir bibliographie).

Mutualité : ce concept traduit d'une façon générale, « le mode d'organisation, système de pensée et la philosophie d'action propre aux institutions mutuelles » (ANMC/BIT-STEP/WSM, 2000 : 45) Une mutuelle de santé représente un type de mutualité.

Mutuelle de santé : il s'agit d'une « association volontaire de personnes, à but non lucratif dont la base de fonctionnement est la solidarité entre tous les adhérents. Au moyen de la cotisation des adhérents, et sur la base de leurs décisions, la mutuelle organise des actions de prévoyance d'entraide et de solidarité dans le domaine de la santé » (op.cit., p.47). une telle organisation contribue à la promotion de la santé, condition sine qua non pour tout épanouissement individuel et collectif.

Ainsi définie, elle est une structure d'assurance qui combine les principes fondamentaux suivants : la solidarité, la responsabilité, la démocratie participative, l'absence de but lucratif, l'autonomie et la liberté la dynamique de mouvement social, l'épanouissement de la personne.

* Assurance : elle est une structure qui permet à plusieurs personnes le partage des risques sociaux. Elle se traduit par un contrat qui garantit, aux concernés, des prestations bien définies en cas de réalisation d'un risque précis. La garantie des prestations est subordonnée au paiement préalable d'une prime ou d'une cotisation par le potentiel bénéficiaire. Dans le cadre spécifique d'une mutuelle de la santé, il y a assurance dans la mesure où moyennant le versement régulier des cotisations, le membre (et souvent sa famille) bénéficie de l'ensemble du groupe une indemnité proportionnelle au risque social auquel il fait face.

* La Micro- finance , ou micro-crédit

Le crédit est la mise à disposition d'un membre d'une somme d'argent ne lui appartenant pas et ceci dans l'intention de l'aider à réaliser son activité génératrice de revenus et pas conséquent sa vie socio-économique, sa santé condition de sa productivité.

Le micro crédit est une caractéristique du secteur informel ; il implique donc un mode de production étroitement lié à la culture traditionnelle au sein de laquelle il se développe. Le seuil de pauvreté qu'atteignent les attributaires du micro crédit fait que ce dernier exige préalablement, à son octroi, des garanties ou cautions qui, faute d'être matérielles, sont d'ordre culturel.

Etant donné que le micro crédit s'adresse aux hommes et aux femmes les plus pauvres privés, tant l'attributaire que son groupe de caution, des garanties que procure la propriété d'une terre, d'un bâti, etc..., c'est donc essentiellement sur l'assurance que ce groupe procède du même héritage en matière de respect de l'engagement pris, de dignité, de citoyenneté, d'honneur... que se repose la décision d'attribution.

Le micro-crédit est un crédit accordé grâce à une identité des fondements culturels auxquels se réfèrent le groupe de caution et l'attributaire de ce crédit, son assurance est avant tout culturelle faute d'être matérielle.

Dès lors, La micro-finance se définit comme la prestation de services financiers aux pauvres sur une base durable.

La micro-finance constitue une pièce importante de la machine économique togolaise, eu égard à sa contribution significative au développement et à la réduction de la pauvreté, particulièrement grâce aux femmes, au Togo.

Cependant, la méconnaissance par certains acteurs de la micro-finance de la réglementation régissant cette activité constitue un handicap sérieux au fonctionnement et au développement de leur institution. Face à ce problème, l'Association des Institutions de Micro-finance (AIM) a mis en place, en collaboration avec la Banque Centrale des Etat de l'Afrique de l'Ouest (BCEAO) un programme d'éducation, de sensibilisation sur la législation et la réglementation

En ce qui concerne particulièrement la réduction de la pauvreté, l'octroi de micro-crédits à certaines couches vulnérables de la société Togolaise, notamment aux femmes, a permis à ces dernières d'améliorer sensiblement leurs conditions de vie. Il ressort de témoignages concordants qu'avec des *crédits modiques de 10.000 à 20.000 FCFA*, certaines femmes revendeuses ont réussi, par leur ingéniosité, à changer au mieux la situation alimentaire et sanitaire de leur foyer et ont même pu scolariser leurs enfants.

Compte tenu de l'importance du rôle de la micro finance dans la lutte contre la pauvreté et le maintien de la paix sociale, les pouvoirs publics et les partenaires au développement doivent intervenir de façon plus judicieuse dans le secteur.

Social-Ré = Réassurance sociale

Les populations rurales et un grand nombre de travailleurs du secteur informel se sont tournés vers les organisations des collectivités locales pour tenter de satisfaire leurs besoins en termes de soins de santé. Les avantages du financement « communautaire » pour la mobilisation et la gestion des ressources de la santé publique, là où les mécanismes formels de financement ont échoué, tiennent à trois facteurs.

Le premier facteur est *le capital social* : Au sein des populations à faibles revenus, lorsque les temps sont durs, la famille, les amis et la communauté d'appartenance sont souvent le dernier filet de sécurité.

Le deuxième facteur est la préexistence de certaines institutions communautaires qui organisent des solutions par engagements réciproques, entre autres la *micro-assurance*, entre les membres de la communauté ; les ménages ayant des revenus faibles sont souvent plus disposés à contribuer à des programmes de financements communautaires assurant le crédit et l'épargne et aux organismes d'assurances qui ont déjà localement une bonne réputation, plutôt qu'à un système d'assurance santé nationale sur une large base.

Le troisième facteur est constitué par les *relations réciproques* qui existent entre les collectivités locales et les organisations extérieures engagées dans le progrès du bien-être général de la société

Les systèmes de micro-assurance qui établissent ces liens suffisamment tôt ont de meilleures chances de voir croître le nombre de leurs membres, leurs ressources, leur pool de risque et de développer leur produit avec la croissance et l'évolution de la communauté qu'ils servent.

« Social-Ré » ou la Réassurance Sociale, se veut être une véritable alternative de l'assurance maladie, une mutuelle collective, communautaire pour des populations à très faibles revenus, vivant du secteur informel.

Selon D.M.DROR et A.S. PREKER « Le financement communautaire est devenu un terme générique désignant un vaste ensemble de financement de la santé. Le terme de "Financement communautaire " désigne la micro assurance, les fonds de santé communautaire, les mutuelles de santé, l'assurance santé rurale, les fonds renouvelables pour les médicaments et la gestion par la communauté des tarifs des prestations de soins ».

Ainsi, il s'agit des unités de micro assurance santé et notamment des systèmes de financements conçus pour répartir les coûts et les risques entre les différents membres, adhérents de la collectivité dans des conditions de bases revenus pour garantir leur état de santé. En bénéficiant de l'application des principes de l'assurance, comme des micro crédits au développement, dans l'amélioration des mécanismes de gestion du risque et de réassurance, toute la collectivité dans un esprit non seulement de solidarité familiale, mais impliquée et concernée, profitera pleinement de cette *Réassurance Sociale*, ou " *Social-Ré*".

La réassurance peut être définie de manière simple comme un transfert d'obligation de l'assureur primaire, la compagnie ayant émis le contrat d'assurance, vers un autre assureur, la compagnie de réassurance : C'est la cession.

Mais aussi, le réassureur peut céder une partie de l'obligation qu'il assume à une autre compagnie de réassurance : C'est la rétrocession, et le réassureur devient le rétrocessionnaire. Bien qu'étant les principaux bénéficiaires des traités de réassurance, les souscripteurs de contrats d'assurance n'ont ni droit ni possibilité d'action contre le réassureur.

« La réassurance est une solution plus efficace et moins coûteuse *que la garantie* par plusieurs assureurs de plusieurs parts séparées d'un risque de perte. C'est aussi un moyen plus efficace de répartir le risque entre plusieurs compagnies. Cependant, un assureur peut aussi décider de contracter une réassurance pour d'autres raisons. La réassurance présente des avantages en terme de financement, de capacité contributive, de stabilisation des fonds, de protection contre les catastrophes et d'assistance à la garantie » [**DROR**].

* Entraide : elle est une relation d'échange entre les individus vivant généralement dans une même condition sociale. Elle est caractérisée par la réciprocité des aides octroyées quelques soient leurs formes (financière ou en nature). Dans une mutuelle de santé, il y a entraide puisque les adhérents bénéficient réciproquement du soutien en cas d'un risque. Mais, les actions de la mutualité vont au-delà de l'entraide et implique plus la solidarité.

* Solidarité : elle est un fondement incontournable dans un système mutualiste et en est une des spécificités. Dans une organisation, elle s'exprime en faveur du « plus faible ». Dans une organisation, elle s'exprime en faveur du « plus faible » dans une mutuelle de santé, la solidarité s'établit donc entre riche et pauvres, entre adhérent plus susceptibles de tomber malade et ceux et ceux qui le sont moins. Le fait même d'accepter une mise en commun des ressources en vue d'assurer des services individuels en est une manifestation. Les cotisations, une fois versées, ne sont pas remboursables et servent à soutenir les membres en situations de risque. Les divers soutiens sont sans contrepartie directe. De la part des bénéficiaires. En effet, bien que tous les adhérents cotisent, seule ceux qui sont affectés par un événement déterminé bénéficient d'un soutien : il y a solidarité entre malade et bien portant. Les aides sont exemptes de toutes formes de discrimination (âge, sexe, riche, pauvres, etc.). la gestion d'une mutuelle de santé exige du travail bénévole. Il est question d'une solidarité humaine puisque ceux qui ont la capacité pour assimiler les modules de gestion se mettent de façon presque désintéressée au service de ceux qui n'en disposent pas. Toutefois, l'application de la solidarité au sein d'une mutuelle de santé n'exclut pas la responsabilité.

* Responsabilité : elle est l'un des principes de base de la mutualité. Une utilisation rationnelle des ressources de la mutuelle demande, de la part des adhérents, l'adoption de comportements responsables. La prise des décisions, le respect des règlements et surtout la régularité des cotisations sont indispensables pour l'efficacité et la viabilité de l'organisation. Des comportements responsables en face de la santé sont exigés. Bref, au sein d'une mutuelle, des normes doivent être respectées pour que la solidarité puisse s'appliquer efficacement.

* Démocratie participative : l'adhésion à une mutuelle est libre et les adhérents jouissent des mêmes droits et sont soumis aux mêmes obligations. Nul n'est exclu des instances de prise de décisions ou du contrôle de fonctionnement de l'organisation. Chaque membre, de façon directe ou indirecte, veille à un fonctionnement efficace et efficient de la mutuelle. Pour cette raison, des organes de gestion démocratique sont indispensables.

* Absence du but lucratif : une mutuelle de santé prend distance de tout esprit mercantile. En fait, elle ambitionne d'être au service de ses adhérents et, la recherche de profit est incompatible. Néanmoins, la gestion financière d'une mutuelle nécessite des stratégies visant à dégager un surplus de recette qui servira à améliorer les prestations. De même, la mutuelle peut organiser des activités génératrices de revenus pouvant lui permettre d'accroître l'enveloppe d'aide.

* Autonomie et liberté : elle sont aussi des principes de base de toutes organisations mutualistes. En effet, la gestion fonctionnelle d'une mutuelle de santé n'est en aucun cas dépendante des pouvoirs publics, ni des autorités confessionnelles ou autres. Une mutuelle fonctionne en terme de partenariat et par l'entremise des conventions en vue d'accroître son efficacité. Toutefois, elle ne peut faire fi des législations en vigueur dans le pays qui l'abrite.

* Dynamique de mouvement social : cette dynamique suppose un pouvoir social qui représente une mutuelle de santé lorsqu'elle parvient à une réalisation optimale de ses prestations. Une mutuelle de santé, elle contribue à la mobilisation de ressources en faveur du secteur de la santé. Elle instaure mieux un climat de confiance entre soignants et patients en évitant ainsi les problèmes relationnels. Elle a la capacité de négociation avec les pouvoirs publics en ce qui concerne la définition des priorités dans le domaine de la santé. Une capacité de négociation des tarifications et de la qualité des soins avec les prestataires des soins lui est reconnue.

* Épanouissement de la personne : la mutuelle vise la réhabilitation de la personne humains dans sa dignité. En évitant les différentes formes de ségrégation, elle prône le respect de la dignité humaine. Aussi une qualité de santé qu'elle ambitionne de garantir vise-t-elle l'épanouissement de l'être.

2.2.3- Délimitation de la population cible et échantillonnage

Notre étude est basée sur des questionnaires écrits et distribués dans la population de Lomé et de ses banlieues, des entretiens directifs et semi-directifs, avec recueil d'informations directes, sur le vécu quotidien d'une part et des recueils de littérature. D'autre part. Nous avons particulièrement ciblé, les chefs de famille, les malades, les accompagnateurs, les soignants, les religieux et les non-croyants pour un effectif total de 1.200 sujets.

La réalisation de notre étude s'est appuyée aussi sur des :

- . Données de littérature (OMS, Publications, Rapports d'Expertises, Thèses).
- . Rapports et données du système français, toujours en mutation permanente.
- . Données législatives (Lois -Décrets- Arrêtés, Français et Togolais).
- . Enquêtes auprès des Autorités compétentes (Ministre de la Santé Publique, Directeur Général de la Fonction Publique, Directeur des Affaires Communes au Ministère de la Santé Publique, Directeurs du CHU- Tokoin – Directrice / Chef de contrôle et de gestion et Directeur adjoint chargé des Budgets et des Finances-).
- . Professeur AGBETRA , ex. Ministre de la Santé et des Affaires Sociales.
- . Etude de la structure organisationnelle et de l'administration du CHU.
- . Analyse du budget et des activités du CHU de Tokoin, Lomé.

➤ Le recueil et l'analyse d'un ensemble des documents (publications officielles ou officieuses, résultats d'évaluations, rapports d'experts, thèses, livres...), nous ont permis :

- . de faire le point sur la situation économique et sanitaire actuelle du Togo et sur ses perspectives,
- . de prendre connaissance des résultats de nombreuses évaluations qui ont été faites par des experts nationaux ou étrangers au cours de ces dernières années en occurrence avec le jumelage entre le CHU de Tokoin et l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille et de leurs recommandations pour améliorer les performances du système de soins au CHU-Tokoin.

➤ L'étude des expériences nouvelles qui se sont déroulées au cours de la dernière décennie, Ayant fortement contribué à leur émergence, nous avons pu en suivre l'évolution depuis les premières formulations d'idées jusqu'à ce jour.

Notre suivi régulier et nos contacts permanents avec ceux qui en ont la charge, nous ont permis d'analyser l'organisation et les modalités de fonctionnement.

La réalisation ou l'étude des évaluations dont elles ont été l'objet, nous ont permis d'en connaître les forces et surtout les faiblesses et de formuler des recommandations pour leur amélioration et leur extension, en ce moment de crise sans précédent que connaît le Togo.

Nous avons a étudié des textes législatifs réglementant le fonctionnement et l'administration des établissements publics de la santé du Togo et de l'OMS, des systèmes de tarification des soins en France et en Europe, une analyse détaillée de la structure organisationnelle de l'administration et de la gestion du CHU Tokoin de Lomé, hôpital de référence, et, une enquête auprès des autorités, puis des bénéficiaires d'autre part.

L'analyse et l'étude rétrospective d'un certain nombre de structure administrative de recouvrement et de gestion des indigents.

Elles nous ont permis de disposer des informations nécessaires pour procéder à leur évaluation, pour proposer des mesures capables d'améliorer leur fonctionnement et pour effectuer la simulation de leurs comptes après application de ces mesures.

➤ La référence en notre expérience professionnelle.

Notre immersion totale est très intéressée aux changements « démocratiques » dans un système très vertical de crise socio- politique, mais aux côtés des plus faibles, nous a permis d'acquérir en 10 ans, une connaissance en profondeur des réalités locales et nationales. L'enseignement de plusieurs disciplines (Législation Hospitalière à l'Ecole Nationale d'Administration, Médecine Légale, Déontologie Médicale et Ethique Médicale, Santé Publique, Economie de la Santé à l'Ecole des Assistants Médicaux et puis Environnement-Agression et Santé à l'Ecole Supérieure des Techniques Biologiques Alimentaires, à l'Université de Lomé) avec la direction de plusieurs mémoires, nous a permis d'approfondir nos connaissances des populations, de leurs problèmes de santé, surtout à travers les jeunes étudiants Togolais et francophones de la sous-région.

Nos fonctions et activités socio- politiques « Membre de la Commission Nationale des Droits de l'Homme du Togo » au côté des autorités du pays, nos relations constantes avec la Direction, la Commission Médicale Consultative du CHU-Tokoin, nous a permis de découvrir les aspirations et les craintes malgré les efforts et l'esprit de « *Développeurs* » et de « *Gagnants* », des uns et des autres.

2.2.4- Enquête de mise en place de l'initiative de réassurance sociale à Lomé:

L'approche utilisée s'est déroulée en plusieurs étapes :

- la pré-enquête est basée sur la recherche documentaire et surtout sur des missions exploratoires avec des entretiens informels ;
- la sélection des variables et indicateurs.
- le choix de la population cible et le prélèvement de l'échantillon de répondants.
- l'élaboration des outils d'enquête, des questionnaires simples et abordables.

L'enquête proprement dite s'est fondée sur le déroulement du travail sur le terrain, l'administration du questionnaire, des entretiens directifs et semi-directifs, des discussions approfondies, la collecte des données, le dépouillement et l'analyse des informations.

Il s'agit d'une enquête transversale à Lomé en 2003-2004.

Nous avons aussi, plus et surtout, utilisé les méthodes d'enquête rapides et participatives du genre MARP en soumettant notre échantillon à un questionnaire.

Cela a consisté à impliquer l'ensemble des agents de collecte des données sur le terrain, simultanément.

Chaque enquêteur s'est occupé d'un quartier donné de la ville de Lomé ou de sa banlieue, et d'une catégorie d'individus bien ciblée.

Leur répartition était faite de la façon suivante :

- un enquêteur doit conduire les entretiens auprès des ménages (de maison en maison)
- un autre à approcher les artisans dans leur atelier (ou sur leur lieu de travail)
- un autre encore s'occupe des enseignants à travers les écoles
- un autre dans les structures sanitaires : Les CHU Tokoin et Campus de Lomé, les centres de santé et hôpitaux privés.
- une autre équipe dans les églises et divers lieux de cultes
- et un autre enfin, a fait le tour des fonctionnaires dans les ministères.

Ainsi, en quelques jours seulement nous avons réussi à quadriller les principaux quartiers de Lomé. En combinant la rapidité de l'enquête et la participation des enquêtés.

Critères d'inclusion.

Adultes de 21 à 55ans (âge de retraite au Togo)

Résider régulièrement au Togo depuis au moins 6 mois et désirer y demeurer pour encore au moins un an.

Critères d'exclusion.

Les mineurs (de moins de 21ans)

Les jeunes non émancipés (qui sont encore avec les parents)

Les élèves et étudiants,

Les apprentis

Les personnes ne souhaitant pas poursuivre leur résidence au Togo pour une durée d'au moins un an

Les personnes ne se soignant pas à l'hôpital pour de considérations religieuses ;

Les personnes ne désirant pas adhérer à une assurance maladie.

Traitement des données

Nous avons regroupé toutes les informations sur les fiches d'enquête dans une base de données sur le logiciel épi info, version 3.3.2.0.

Ce logiciel nous a permis d'obtenir facilement tous nos tableaux récapitulatifs.

A partir de cette base de données nous pouvons effectuer des comparaisons des différents groupes avec précision.

III- RESULTATS

3.1. Administration du Centre Hospitalier Universitaire, hôpital de référence : Gestion

Le CHU-Tokoin est un établissement public à caractère administratif doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

L'autonomie financière de cette structure hospitalière a flotté de 1975 à 1996. Pendant cette période de flottement c'est le Conseil des Ministres qui adoptait le budget du CHU.

3.1.1- Direction et Personnel :

Le CHU-Tokoin est géré théoriquement comme une entreprise privée avec trois Organes de gestion.

Organe de Délibération : c'est le Conseil d'Administration

Organes Consultatifs : ce sont la Commission Médicale Consultative (CMC), le Comité Technique Paritaire (CTP) et le Comité d'Hygiène et de Sécurité (CHS)

Organe d'Exécution : c'est la Direction.

Le Conseil d'Administration dont le Président est le Maire de la ville de Lomé examine et adopte les budgets de l'hôpital. En réalité, sait-il ce qu'il se passe au juste au CHU de Tokoin?

Le Directeur est nommé par arrêté du Ministère de la Santé Publique. Mais c'est en réalité le président de la république qui décide de sa nomination. Il administre et gère l'établissement selon les décisions du Conseil d'Administration. Il est l'ordonnateur des dépenses. Il tient la comptabilité administrative et prépare le budget. Il représente l'établissement en justice. Il est responsable de l'ordre et de la discipline dans l'établissement; pour cela, il peut faire appel à la force publique [Décret 90-191/PR].

La Direction, est la pièce maîtresse ; mais a-t-elle réellement un champ de manœuvre et de décision « libre » dans la vie socio- politique que connaît le Togo ?

Le CHU-Tokoin est dirigé par un Administrateur Civil. Il est aidé dans sa tâche par trois directeurs adjoints et trois surveillants généraux.

Un Directeur-adjoint chargé de la gestion financière et comptable.

Un Directeur-adjoint chargé du personnel et du budget.

Un Directeur-adjoint chargé de l'Hôpital Bons secours.

Un Surveillant général coordonnateur des services techniques.

Deux Surveillants Adjoints qui aident et remplacent le Surveillant Général.

Les services administratifs assurent la coordination des moyens mis en œuvre. La fonction de cette administration est de réunir et redistribuer les ressources financières et les facteurs de production nécessaires à l'activité de l'hôpital. Elle assure l'unité de l'ensemble des services techniques malgré la diversité des centres de responsabilité.

En pratique, les élus locaux n'ont aucune influence sur le CHU : tout reste centralisé et tout dépend directement du Ministère de la Santé.

Le personnel du CHU-Tokoin de Lomé / Togo n'est pas constitué uniquement que du Personnel Médical et paramédical. C'est aussi le lieu de « dépôt des trop pleins des autres ministères » écrivait l'administrateur des hôpitaux au Togo YOROUBA en 1998.

Le CHU-Tokoin emploie aujourd'hui environ 1524 agents.

Les médecins représentent 6,50 % du personnel total.

Ce personnel est composé de 24 Professeurs agrégés d'Université, 124 Médecins, dont 9 chinois basés à l'hôpital Bon Secours ; 196 autres cadres subalternes, moyens et supérieurs, comprenant des Administrateurs, Assistants Médicaux, Techniciens Supérieurs, Infirmiers, Sages-femmes. Ce personnel est réparti dans les différents Départements pour assurer leur fonctionnement. En plus de ces cadres, l'hôpital emploie 880 agents permanents dont le rôle essentiel est de garder les malades, les locaux, faire l'entretien ou la cuisine.

Si l'effectif des agents permanents est pléthorique l'administration quant à elle manque cruellement de « cadres qualifiés », au point que le travail pèse lourdement sur la Direction. Ce qui a pour conséquence une véritable lenteur dans les procédures administratives.

En plus du personnel proprement dit de l'hôpital, le CHU reçoit périodiquement les élèves en formation dans les écoles sanitaires tels que les élèves en médecine, Troisième Cycle des Etudes Médicales (TCEM), les étudiants de l'Ecole Supérieure des Techniques Biologiques et Alimentaires (ESTBA) et de l'Ecole des Assistants Médicaux (EAM), les élèves Infirmiers et Infirmières (ENAM), les élèves Sages-femmes. Ceux-ci font leurs stages pratiques dans les différents Départements. En outre, on peut noter une quarantaine environ de stagiaires internés et internes titulaires qui émargent également sur le budget du CHU.

Il en est de même pour les Infirmiers d'Etat Vacataires et Infirmiers d'Etat auxiliaires vacataires dont le nombre s'élève à 74 environ.

Des agents des Services Hospitaliers (ASH), de maintenance, d'entretiens et de surveillance, dont les nombres changent trop souvent, sont difficilement comptabilisables.

L'hôpital Bon Secours, une annexe du CHU-Tokoin, compte lui 9 Médecins et des Assistants Techniques, dont le nombre peut varier avec la Coopération Chinoise qui y est basée ; parfois avec une colonie chinoise très impressionnante.

Des contractuels et/ou stagiaires médicaux « non engagés » après leur formation et diplôme ne sont pas pris en compte car ils ne sont pas rémunérés, ni par le budget du CHU, ni par l'état. Pour se « faire la main ou pour ne pas perdre la main », comme le dit-on, ils obtiennent leur stage, le « Bénévolat » par des relations (de petites portes).

Effectif du personnel du CHU-Tokoin

DESIGNATION	EFFECTIF
Médecins Professeurs	25
Médecins	73
Pharmacien	1
Internes	43
Assistants Médicaux	28
Techniciens Sup. de laboratoire et génie Sanitaire	17
Sages-femmes	85
Infirmiers d'Etat	205
Infirmiers Auxiliaires	57
Laborantins d'Etat	43
Assistants d'Hygiène	1
Agents Sociaux	9
Administrateur des Hôpitaux	1
Inspecteur du Trésor	1
Contrôleur du Trésor	1
Attachés et Adjointes administratifs	17
Secrétaires d'Administration	4
Contractuels PEF	18
Autres Agents	894
TOTAL	1524

Source : Service du Personnel CHU-Tokoin 1997.

Du point de vue statut, ce personnel peut-être réparti comme suit :

- Le personnel titulaire est celui qui jouit du statut de la Fonction Publique. Il dépend directement du Ministère de la Fonction Publique pour sa nomination, son classement, sa promotion, son congé, la discipline et la retraite, mais sur avis et proposition du Ministère de Tutelle.
- Le personnel contractuel quant à lui a une condition administrative définie par des contrats signés avec le CHU (la plupart du temps en théorie, pour ne pas dire Ministre ou Directeur de la Santé)
- Le personnel médical de l'Assistance Technique, sert dans le cadre des accords bilatéraux. Il bénéficie des avantages fixés par ces accords. Ce personnel médical étranger vient de la France et actuellement de la Chine, de la Corée et de l'Egypte.

Le personnel du CHU de Lomé, émerge sur deux budgets interdépendants :
 le Budget Autonome du CHU-Tokoin soit 1023 agents c'est à dire 67.2%
 le Budget Général, public, soit 500 agents, c'est à dire 32.8%.

Situation du personnel

CATEGORIES D'AGENTS	DESIGNATION		TOTAL
	BUDGET AUTONOME	BUDGET GENERAL	
Agents de cadre	238	405	643
Agents permanents	785	95	880
TOTAL	1023	500	1523
Pourcentage	67.2%	32.8%	100%

Le CHU-Tokoin de Lomé, pour honorer ses prestations, a besoin de consommateurs de soins, des malades et de producteurs de soins, de médecins (le corps médical). Dans le cadre de l'organisation des établissements hospitaliers de la République togolaise, le Décret 90-191/PR stipule dans son Article 29 : « le personnel est constitué de celui affecté de la Fonction Publique et des agents recrutés directement par l'établissement public »; complété par l'Article 30 : « les éléments permanents de la rémunération du personnel affecté de la fonction publique (salaire de base et sujétion cadre) sont supportés par le budget de l'Etat ». Premier bailleur qui s'occupe des recrutements et salaires, l'Etat confirme sa position d'autorité supérieure et son engagement direct dans la gestion même du personnel médical du CHU-Tokoin.

3.1.2- Financements du CHU-Tokoin :

- *Subvention de l'Etat togolais*

Le financement du CHU depuis sa création, est assuré par l'Etat, seul bailleur de fonds. Dans le budget annuel du gouvernement, l'Etat le subventionne. Cette allocation est signifiée aux autorités du CHU qui en tiennent compte dans la confection du budget en fin d'année. A partir du Décret 90-192/PR du 26 décembre 1990, autorisant les formations sanitaires publiques à utiliser les recettes provenant des prestations de soins et de diagnostics pour équilibrer leurs dépenses, un désengagement financier s'est amorcé. La subvention de fonctionnement permet au CHU d'équilibrer son budget. La subvention d'équilibre devrait en principe correspondre au déficit budgétaire en fin d'année. Mais ce que nous avons constaté, est qu'il n'y a pas de bilan de gestion clair et parlant. Ce manque de bilan n'empêche pas l'Etat de financer l'Hôpital. Mais comment et à quel prix ?

Evolution de la subvention de l'Etat de 1992 à 2000

PERIODES (Années)	VALEURS (montants)
1992	560 000 000
1993	560 000 000
1994	700 000 000
1995	700 000 000
1996	625 000 000
1997	625 000 000
1998	725 000 000
2000	755 000 000

Source : service du budget

Grâce à nos constatations, l'allure de la subvention de fonctionnement nous semble être revue tous les 2 ans plus ou moins en baisse ; hors le budget est dit "annuel".

La subvention n'a pas évolué en termes réels car la monnaie s'est érodée depuis 1994. Cette érosion qui est la conséquence de la dévaluation a été accentuée par la généralisation de la TVA (Taxe sur la Valeur Ajoutée) qui est de 18% au Togo. En accordant une subvention de 850. 000. 000 F.CFA en 1998, au CHU-Tokoin ce dernier ne peut en réalité utiliser que 697. 000. 000 F. CFA. Car le Trésor déduit immédiatement la TVA de la subvention. La subvention de l'Etat est donc en baisse considérable. Les autorités du CHU doivent dès maintenant faire un effort pour que le CHU puisse s'autofinancer parce que la subvention disparaît [YOUROUBA].

Evolution du taux de subventions de l'Etat au CHU-Tokoin en F. CFA.

ANNEES	BUDGET DU CHU-TOKOIN	SUBVENTION DE L'ETAT Subvention d'équilibre	TAUX DE SUBVENTION
1995	2 672 346 420	700 000 000	29.87%
1996	2 377 768 075	625 000 000	30.49%
1997	2 722 135 573	625 000 000	26.63%

Le taux de subvention est calculé à partir du rapport entre le montant de la subvention et le budget réalisé.

La valeur absolue de la subvention a régressé de 1995 à 1996, de même que le budget provisionnel. Mais le taux de subvention de 1996 est légèrement supérieur à celui de 1995.

En 1997, on note une augmentation du budget et une nette diminution du taux de subvention. Cela traduit un désengagement progressif de l'Etat qui veut inciter le CHU de Tokoin à faire beaucoup d'efforts pour générer assez de recettes propres

L'Etat intervient aussi dans le fonctionnement du CHU de Tokoin par l'investissement en équipement qui s'élèverait en 1997 à 20. 000. 000 F. CFA et aussi de 20.000.000 en 2001

Ce qui donne un budget réel du CHU de Tokoin de 3. 121. 144. 429 F CFA, portant ainsi l'intervention de l'Etat dans le fonctionnement réel à 1 124 678 856 F CFA, soit 36 % du budget réel [ADJEH].

Budget réel du CHU-Tokoin de 1997

DESIGNATION	MONTANT en F. CFA
Budget Prévisionnel	2 722 135 573
Personnel	341 678 856
Coopérants	38 000 000
Equipements	20 000 000
TOTAL	3 121 144 429

Il est constitué essentiellement par des Dons et Legs étrangers, et exceptionnellement de certaines Sociétés et entreprises de Lomé, une fois sollicitées très officieusement.

Ces dons souvent constitués de matériels médico-chirurgicaux, de médicaments et de véhicules, toujours évalués en « argent » et montrés avec force à la télévision et dans les presses d'Etat constituent des financements privés L'irrégularité de ces dons, fait qu'on ne peut pas les considérer comme une source de financement permanente.

« Les fonds des Organismes autres que l'Etat sont déposés au Trésor Public, sauf dérogation autorisée par le Ministère de l'Economie et des Finances ».

Ces règles de la comptabilité publique fournissent une base pour la budgétisation. Elles permettent de vérifier que les dépenses ont été bien approuvées et de se prémunir contre l'utilisation des fonds sans autorisation.

- Fonds Propres du CHU-Tokoin de Lomé : ou Autofinancement du CHU

Entreprise à but non lucratif, le CHU va pour sa survie et sa mission, chercher à faire des RECETTES. Les recettes propres du CHU sont générées par les différentes activités hospitalières. En effet les prévisions de recettes sont effectuées par des prestations de services, comme les consultations externes, les hospitalisations, les examens d'électrodiagnostics, de laboratoire et surtout de la morgue : L'autofinancement, devient l'unique source de revenu à partir des malades, Clients solvables.

L'autonomie de gestion accordée aux Centres Hospitaliers, obligent ceux-ci à confectionner leur propre budget. Le budget étant défini comme « l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publics », le CHU de Tokoin ne doit plus attendre de l'Etat les ressources nécessaires à son fonctionnement.

La Direction doit désormais concevoir les moyens par lesquels elle peut faire les recettes nécessaires à la vie du CHU ; donc faire de lobbying "Commercer", dans un but non lucratif : Trouver de l'argent devient la première préoccupation de ce Centre Hospitalier.

Face à la crise économique dans le pays d'un côté et le très bas niveau de revenu des ménages de l'autre côté, le CHU-Tokoin va instituer un système de paiement direct : « des bons ».

Le Bon de consultation est le moyen mis en place pour permettre aux malades, aux clients d'avoir accès aux services techniques pour demander des prestations. Des Bons d'analyses, d'exams d'imageries- radiologies et de bloc opératoire (anesthésie, chirurgie, maternité) et d'hospitalisation sont exigés et contrôlés à tous les niveaux la crise, obligeant.

Au CHU Tokoin de Lomé, tout bénéficiaire doit payer, du moins présenter un "Bon". Cependant il y a des facilités pour les fonctionnaires de l'Etat et des Privés qui peuvent bénéficier d'un système d'Assurance. Pour les fonctionnaires, l'Etat leur assure 50 % des consultations, bien sûr sur présentation d'une prise en charge.

Les médicaments sont entièrement à la charge de l'intéressé. Ceux qui ne sont pas couverts par un régime d'assurance, sont obligés de payer leur redevance à la régie des recettes du CHU pour obtenir le Bon de consultation. Mais la chose ne se passe pas sans difficulté. Ces malades préfèrent utiliser les relations ou influences pour éviter de payer. C'est le système « D » (débrouiller, débrouillardise des africains sous le poids de la misère.)

Cependant, ils arrivent à payer les « vaudous » et les cabinets privés et pas l'hôpital !

M. Rochaix écrit « qu'il est anormal qu'un malade ait à payer des honoraires en clinique privée et qu'il en soit dispensé à l'hôpital public. Il était donc logique et équitable que le médecin ait pu recevoir des honoraires, si le malade avait des ressources suffisantes ».

Au Togo et principalement au CHU de Tokoin, il est très difficile de le faire accepter par tous les demandeurs de soins qui pensent que le CHU doit être toujours GRATUIT.

Lors de leur séjour au CHU, les particuliers-payants doivent donner une provision de 10 jours pour leur hospitalisation. Cette provision doit être renouvelée à chaque fois qu'elle est épuisée. Mais si avant l'épuisement de la provision ils sont guéris et libérés, ils reviennent aux admissions pour chercher le reliquat de leur provision sur présentation de leur dossier de libération. L'agent des admissions calcule le montant des frais, des actes et analyses, qu'il déduit du reste de la provision. Au cas où le reste de la provision ne couvre pas les frais d'actes et d'analyses, il doit compléter le manquant. [*Règlement Intérieur du CHU-Tokoin]

Avec la persistance de la crise socio-économique et la désertion de l'hôpital, le CHU-Tokoin accorde beaucoup de crédits actuellement, aux provisions de trois jours au lieu de dix.

Souvent les médecins libèrent le malade avant même que celui-ci ait payé les frais d'hospitalisation ; et la plupart des malades s'évadent, faute de collaboration étroite et directe entre Praticiens et Administrateurs. Pour éviter de perdre d'importants manques à gagner, les Surveillants des services et des Agents de recouvrements sont mobilisés : il y a même des contrôles à l'Entrée-Sortie des malades devant tous les services-clés et même devant l'Hôpital, qui d'ailleurs n'a plus que l'Entrée principale.

Le paiement direct par les usagers, a un effet positif sur les recettes de l'hôpital. En effet, si les particuliers payaient directement leur dû, ce n'est pas le cas des assurés. Or le CHU dans son état actuel vit au jour le jour. C'est à dire que les dépenses se font tous les jours selon les disponibilités financières du moment.

Cette situation oblige les agents à être efficaces dans le règlement des factures parce que leurs salaires aussi sont parfois payés selon les disponibilités financières de l'hôpital du CHU. Pour l'année 1997, par exemple, la part des particuliers-payants a été de 211 012 852, ce qui représente 24 % des sommes dues au CHU-Tokoin pour la période de janvier à Octobre 1997.

Le service de délivrance de bons dispose de trois couleurs : Jaune pour les particuliers payants, Vert pour les fonctionnaires présentant une prise en charge et Rouge pour les indigents, élèves-étudiants ou chômeurs. Les bénéficiaires de Protection Sociale ou d'Assurance : Certains patients, fréquentant le CHU suite à une maladie ou un accident (accident de travail ou accident de la voie publique) bénéficient d'une assurance, d'une prise en charge par la Caisse de Sécurité Sociale ou un groupe d'assurances.

Le système togolais de santé a connu une élévation du coût de production. Or avec un revenu par habitant de 192 441 F, il est difficile à chaque citoyen de se prendre en charge en ce qui concerne sa santé dans un Hôpital où le coût moyen des soins est de 25 000F.

D'où les murmures d'une population qui estime que la Santé est devenue un luxe au Togo. [*Marchés nouveaux n°2, 1998]

Les assurés consultant au CHU présentent une attestation de prise en charge (de la Compagnie d'Assurances) et en plus, le dernier bulletin de paie, s'il s'agit de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale ou des Sociétés para-publiques, ils ne paient pas en numéraire leurs bons.

Pour les fonctionnaires, l'Etat prend en charge 50%, la Caisse et la plupart des Compagnies d'Assurance, prennent en charge de 70 à 100 % pour leurs clients assurés-victimes.

La facture est adressée au Trésor Public, pour le recouvrement à la fin des soins prodigués à un fonctionnaire, mais en général, les factures qui parviennent au Trésor, ne sont pas recouvrées. Or, il n'y a aucune disposition judiciaire permettant de poursuivre l'Etat pour qu'il paie ses dettes ; ce qui fait que les dettes ont augmenté depuis près de 15 ans parce qu'il y a une absence d'exécution forcée contre l'Etat. "Cette absence d'exécution forcée s'explique d'abord par le fait que les biens de l'Etat sont en réalité les biens de la Communauté Nationale toute entière, qui servent à assurer le service public" [**DUVERGER**].

Cette absence de moyen de pression contre l'Etat a fait qu'aujourd'hui, la dette des fonctionnaires publics vis à vis du CHU-Tokoin est énorme. Au titre des années 1996 et 1997, la dette s'est élevée à 740. 608. 599 F. CFA.

Ce manque à gagner s'alourdit et tend vers le double en l'an 2001.

Les Sociétés privées et les Organismes Internationaux, n'honorent pas aussi régulièrement leurs engagements vis à vis du CHU-Tokoin. Ce dernier n'adresse pas très rapidement les factures aux Organismes Internationaux. Faute de mauvaise organisation ou d'insuffisance ?

L'Hôpital dispose d'autres moyens de revenus, tels que les recettes de la morgue et la vente des déchets (anciens lits etc.. par exemple).

La Morgue fournit d'importantes recettes au CHU-Tokoin. Dans son état actuel, elle est exiguë pour une population qui est passée du simple au double en 10 ans. En conséquence, pour déposer un corps à la morgue, il faut négocier avec le morguier. Pour être plus rentable, l'administration doit veiller à une réorganisation de la morgue, car jusqu'en 2000, les morguiers se livrent encore à une véritable gymnastique de corruption qui prive le CHU de revenus importants (il suffit d'un billet de 5 000 F offert au morguier, pour que vous ne payiez pas une somme de 50 000F à la caisse du CHU). Comment vaincre une telle corruption ?

Comme la Mort a une importance culturelle dans notre société, on y attache beaucoup de privilège et d'honneur : la Mort revient très chère à la famille et rapporte gros à la Morgue.

Il sera difficile de venir à bout d'un tel fléau. Cependant la nouvelle Direction à l'œil sur l'endroit le plus juteux du CHU-Tokoin, par exemple, sur la Morgue (qui est plus ou moins rénovée en fin d'année 2000, au détriment de la réanimation chirurgicale ou le service de traumatologie où les patients n'ont ni lits, ni draps, ni eau ni toilettes).

Au titre de l'année 1997, la morgue a, elle seule, produit 80 212 800F. Ce qui représente 9,22% des recettes de l'établissement.

Ceci sans tenir compte des fuites que l'on pourrait chiffrer au double. « C'est la morgue qui nous nourrit au CHU-Tokoin » a lancé une fois l'un des Directeurs, un jour sous les exigences répétées d'achat de compresses pour le bloc opératoire, au détriment d'achat d'un produit pour la morgue.

En France par exemple, le système de sécurité sociale fait que l'individu lorsqu'il est assujetti est pris en charge immédiatement par l'assurance-maladie. Ce qui facilite la fréquentation des institutions de soins pour la population. Les médicaments sont pris en charge jusqu'à concurrence de 80%. L'hospitalisation et les soins le sont de 80 à 100 %.

Ni la dotation globale, ni la tarification à l'activité (T2A, imposée dès le 1^{er} janvier 2005 à tous les établissements) ne semblent pas perturbés les soins devant la « crise du système ».

L'hôpital français n'est pas catégorisé comme au Togo. En France, il y a 2 types de régime :

- Le régime commun pour tous les citoyens.

Le régime particulier pour les citoyens qui désirent un confort supplémentaire,

Financés par l'Etat et les collectivités locales, avec l'appui des assurances, des mutuelles qui se multiplient dans la société française. On ne peut y pas parler d'autofinancement.

Au Togo, les fonds dont dispose le CHU ont le caractère des deniers publics donc assujettis aux règles de la comptabilité publique et ceci conformément à un schéma propice au budget autonome.

Tarification en vigueur au Togo

Nature de l'acte	Lettres conventionnelles	Valeurs en F.CFA
Consultation Ordinaire	C1	900
Consultation Spécialisée	C2.5	2.250
Analyse de laboratoire	B	70
Actes chirurgicaux	K	340
Soins dentaires	D	340
Radiologie- Imagerie	Z	340
Accouchement	SF	270

Comme la plupart des choses, les tarifs hospitaliers par catégorie sont mal répartis.

En se rapportant aux composantes des catégories, on remarque que les tarifs des quatre premières catégories sont très bas par rapport aux catégories inférieures en tenant compte du PNB per capita.

Les malades de la catégorie super devraient être dans une chambre climatisée avec un lit, sanitaires incorporés, avec à leur disposition un poste téléviseur, un réfrigérateur, une garde-robe, un téléphone, et ayant aussi trois repas par jour.

Mais dans quel état sont ces chambres aujourd'hui ? = Affreux !

Il n'existe plus une seule chambre avec ce luxe, devenu théorique.

Au CHU-Tokoin on constate que les plus gros bénéficiaires des prestations sont des indigents dont le nombre ne cesse de croître ; la crise persiste et le togolais devient plus indigent.

Ceci serait sans problème si l'Etat arrive à débloquer la totalité des frais hospitaliers de tous les malades admis en indigence. Mais si l'on réfère aux observations de l'analyse faite sur les indigents, on constate que les subventions pour leur prise en charge ne couvre que 33.2% alors que leur nombre atteint 80.62%.

Les indigents sont classés en cinquième catégorie dont le prix journalier sert de base de calcul pour l'établissement des factures de l'Etat.

En plus, les admis dans cette catégorie payent un forfait couvrant toute leur durée de séjour à l'hôpital et ce forfait varie selon les services :

. Médecine :	2500 F.CFA
. Pédiatrie :	3750 F.CFA
. Contagieux :	3750 F. CFA
. Chirurgie	5625 F. CFA
. Gynéco-obstétrique	5625 F. CFA

Les prix des actes sont calculés à partir des lettres conventionnels proportionnellement à l'acte effectué. Selon l'acte, le montant est égal à la valeur de la lettre-clé que multiplie le coefficient correspondant.

Exemple :

Accouchement	SF 25 =	270F x 25 =	6 750 F.CFA
Césarienne	K100 =	340F x 100 =	34 000 F.CFA
Hernie	K50 =	340F x 50 =	17 000 F.CFA
Radio du thorax	Z12 =	340F x 12 =	4 080 F.CFA

Les tarifs des consultations varient non seulement selon le type de consultation mais aussi selon la période de la journée. Ainsi à partir de 21 heures le tarif de consultation est majoré de 450 F. CFA.

Les prix de journée d'hospitalisation sont relativement moins élevés au CHU-Tokoin par rapport à son rival, le CHU-Campus, plus récent et plus moderne (mais bien moins équipé)

Prix de journée d'hospitalisation au CHU-Tokoin/ CHU-Campus en F. CFA.

Désignation / Catégories	CHU-TOKOIN	CHU-CAMPUS
Hors catégorie	7.500	15.000
1 ^{ère} catégorie	6.000	10.000
2 ^{ème} catégorie	4.500	7.500
3 ^{ème} catégorie	3000	4.500
4 ^{ème} catégorie	1.500	-
5 ^{ème} catégorie	1.200	-

NB : - Les catégories 4 et 5 n'existent pas au CHU-Campus.

-Suite à la crise le prix de la journée est fixé à 1.350 F.CFA, pour la 4^{ème} et la 5^{ème} catégorie

-Recettes du CHU : Les problèmes d'Indigent et de Recouvrement

L' "Hôpital", par principe, est un service public à caractère social, et à but non lucratif. Créé pour accueillir, 24h sur 24, 365 jours sur 365, toute personne dont l'état de santé oblige, l'hôpital est un lieu avec des services dont la continuité ne doit pas être mise en cause. Il accueille tous ceux qui se présentent, sans distinction, ni de couleur de peau ni de la classe sociale ; petit ou grand, pauvre ou riche, femme ou homme.

Dès lors, l'amélioration de l'état de santé et le développement des services de santé vont être confrontés à quatre grands types de problèmes :

- Déterminer les facteurs décisifs dans l'amélioration de cet état de santé, leurs relations avec l'évolution économique et socio- culturelle ;
- Susciter une demande des populations en faveur d'interventions à caractère durable et préventif ;
- Développer des services de santé à la fois efficaces et socialement équitables ;
- Intégrer la santé au sein du développement économique et social.

Ces problèmes mettent en scène quatre grands protagonistes :

- Les populations avec le pouvoir politique et économique qu'elles ont (ou qu'elles n'ont pas)
- La classe politique et son idéologie du pouvoir et de la société
- Les services de santé et les finalités que lui imposent ses acteurs
- Les puissances coloniales auxquelles succédera l'Aide Internationale et bilatérale [**Coche**].

Ainsi, les services de santé, apparaissent d'emblée comme un enjeu idéologique, politico-économique et culturel, beaucoup plus que technique et comme lieu de pouvoir et d'exclusion. C'est dans cet esprit que va évoluer le Financement du CHU-Tokoin de Lomé.

Pour ne pas exclure, et faire perdurer la colonisation, (ce que les indépendances vont poursuivre un peu), la population dans plusieurs domaines d'activités, tel que l'hôpital, l'un des grands héritages de la colonisation française est la GRATUITE des soins. Suite à des soins traditionnels où il fallait donner un bélier ou un coq "rouge, noir ou très blanc", pour remercier, payer le guérisseur. Cette population colonisée va recevoir gratuitement dès lors des comprimés de Nivaquine, d'aspirine, des vaccins, etc, pour des soins en Médecine Occidentale sans contrepartie/participation. Sous la colonisation, tous les Africains sont considérés et placés dans la précarité : des indigents par définition.

"Personne privée de ressources suffisantes, qui est susceptible de recours des Secours"

Le CHU-Tokoin ne saurait fermer ses portes à une personne indigente, donc ne saurait alors refuser des soins à un patient dépourvu de moyens c'est à dire à un indigent !

La majorité de la population togolaise étant agricole avec des moyens de substances dérisoires, économiquement très faible, a besoin de soins médicaux plus ou moins modernes ; mais à quel prix ? Les Colons n'ont pas su créer de prise en charge de la santé sans dépendance à la population.

La crise socio-économique aggravée par la crise politique qui perdure, le nombre de togolais défavorisés, insolubles, ne cesse d'augmenter plus vite que la population elle-même.

Dès qu'on a commencé par parler d'Assistance Médicale Gratuite, à la place de l'AMI (Assistance Médiale Indigène) au Togo, l'Etat indépendant a pris en charge les dépenses de santé des indigents comme le colonisateur, du moins correctement jusqu'aux années 80.

En principe, tout malade indigent devrait présenter, pour avoir un Bon, un certificat d'indigent établi par les organes habilités, ou par le Service Social de l'Hôpital.

Parmi les vrais indigents, il existe de faux indigents, qui bénéficient de ce statut en se présentant au Service Social, dans une tenue modeste, ou par l'intermédiaire d'une connaissance. Et plus, l'hôpital ne dispose pas de moyens pour vérifier l'exactitude des renseignements fournis et l'identité du malade, par manque de port de pièce d'identité.

La carte d'identité n'est pas obligatoire. Plus de 60% des togolais n'ont ni d'acte de naissance ni de certificat de nationalité.

Tout comme les détenus, les élèves et les étudiants bénéficient d'office, d'un Bon de consultation indigent sur présentation de cahier de consultation de leur établissement scolaire ou de la carte d'étudiant. C'est une méthode anormale, car l'enfant doit bénéficier du statut de son père. Hospitalisé, l'enfant doit être placé dans la catégorie, à laquelle aurait droit son père ou sa mère, si on prenait le temps de contrôler toutes ces couches de population.

En outre, les bénéficiaires de Bon –Indigent, sont constitués, de chômeurs, d'handicapés, de ménagères, de paysans, des apprentis, etc... [ADJEH]

Si le Bon de consultation est gratuit, les frais d'hospitalisations et des actes médicaux, font l'objet actuellement d'une certaine participation. Le tarif de participation est défini à partir d'un tableau établi par la Direction du CHU de Tokoin sur des critères bien aléatoires.

Tarifs de participation pour indigent

TARIF NORMAL	PARTICIPATION POUR INDIGENT (F. CFA)
De K 192 à K 250	K 50 = 17 000 F
De K 75 à K 191	K 35 = 11 900 F
De K 30 à K 74	K 15 = 5 100 F
De K 6 à K 29	K 5 = 1 700 F

K : 340 F.CFA. **Source** : Service des admissions du CHU-Tokoin, 2002

La majeure partie de la clientèle hospitalière est constituée " d'indigents".

Sur 21 062 malades hospitalisés, 16 981, soit plus de 80.% sont des indigents.

Ce pourcentage élevé est stationnaire, même en ce début de l'an 2002, au lieu d'augmenter à cause de la persistance de la crise économique car la Directrice, nouvellement arrivée à la tête d'un hôpital qui se meurt, a pris certaines mesures de contrôle, tout en reconnaissant que les services hospitaliers sont offerts majoritairement aux indigents.

La mentalité « évolution » et la crise ont poussé ceux qui peuvent payer à aller payer plutôt en clinique privée plus « classe » ou moderne, car l'hôpital est « censé être Gratuit », comme chose publique de première importance sociale et humanitaire.

Le taux de recouvrement est très faible, il fait appel au Pouvoir Public :

"si l'Etat pouvait honorer régulièrement ne serait-ce que de moitié les dépenses en Santé des Fonctionnaires et des indigents, cela donnerait un grand souffle d'oxygène au CHU", nous a lancé un jour la Direction "essoufflée", sous nos demandes de fils de suture au bloc opératoire, par exemple.

Avec la prise en charge des dépenses en santé des indigents, et surtout de 50 % des soins donnés aux fonctionnaires, l'Etat togolais est le premier et le principal créancier du CHU de Tokoin, bloquant les recettes, compliquant très sérieusement la trésorerie du CHU-Tokoin.

Pour l'obtention d'un meilleur rendement hospitalier, il faut nécessairement que tous les facteurs de productions soient réunis pour satisfaire les demandes de soins. Ces facteurs de production ne peuvent être obtenus qu'à partir des recettes produites par l'établissement. Le remboursement uniquement des frais d'hospitalisations, peut assurer à lui seul au CHU l'ensemble des ressources nécessaires, pour "fonctionner efficacement".

Les recettes du CHU proviennent des services offerts aux malades. Les bénéficiaires de ces services sont autant différents que leur mode de paiement. Les bénéficiaires sont constitués de Particuliers-payants, des Assurés sociaux, des Fonctionnaires, et des Indigents. Les Particuliers-payants constituent une minorité de la clientèle hospitalière, environ 12.5%, mais leurs frais hospitaliers représentent 23 % des recettes totales. Par contre les Assurés Sociaux sont admis en vue de la prise en charge délivrée par leur employeur. Et leurs frais hospitaliers occasionnés s'élèvent à 8% des recettes émises. Les recettes générées par les frais d'hospitalisations représentent un pourcentage assez important dans les recettes totales, soit 51.37%. La différence provient essentiellement des recettes diverses : consultations externes, contre-partie de certaines activités accessoires à la gestion comme le remboursement des frais de morgue et d'alimentation etc...

Les recettes servent à financer une partie des charges mais le CHU est confronté au problème du non recouvrement des frais d'hospitalisations. Ceci concerne particulièrement les Fonctionnaires, les Indigents et certains Assurés Sociaux, comme le montre les tableaux suivants.

Créances du CHU-Tokoin sur l'Etat en 1987, pour la prise en charge des fonctionnaires et des indigents en F. CFA

EXERCICE	DESIGNATION	EMISSION	MANDATE	RESTE PAYER	A
1997	Fonctionnaires	231. 620. 787	66. 516. 415	105. 104. 372	
	Indigents	481. 524. 255	203. 011. 760	288. 512. 125	
	TOTAL	723. 145. 042	269. 528. 175	393. 616. 497	

L'Etat Togo n'a pas pu payer même pas que la moitié (soit 269. 528. 175 sur 723. 145. 042)

Recouvrement des créances antérieures du CHU de Tokoin en F. CFA

DESIGNATION	MONTANT TOTAL	MONTANT RECOUVRE	RESTE A RECOUVRER	% DE RECOUVREMENT
Sociétés privées	93.552.464	29.515.521	64.036.943	31.54
Sociétés para-étatiques	248.196.092	93.452.574	154.743.618	36.19
Ambassades Chancelleries	19.517.007	5.821.053	13.635.554	29.82
ONG	5.525.400	2.795.295	2.730.105	50.58
Etablissements publics autonomes	86.407.155	4.322.255	82.084.900	0.50
Sociétés liquidées	7.290.110	3.379.635	3.910.425	46.35
TOTAL	460.488.228	139.286.384	321.201.845.	30.24

De 1986 à 2001, les dettes du trésor public vis à vis du CHU-Tokoin sont de 5.275.820.819 F, environ 6.300.000 f, cfa (Source : Service du recouvrement du CHU-Tokoin).

Cette somme énorme pourrait permettre un réinvestissement si elle était recouvrée. Elle ne représente que les émissions vis à vis des fonctionnaires relevant du budget général et qui ne tient pas compte des démembrements de l'Etat.

Nous avons fait des investigations difficiles et périlleuses pour essayer d'évaluer la dette de quelques démembrements de l'Etat depuis une dizaine d'années ; voici ce que nous avons pu trouver (Source : Service du Recouvrement du CHU)

Relevé des impayés de quelques Services Administratifs :1986 –2002, (=non recouvrés)

1°) VILLAGE DU BENIN : a peu près 1000.000 F

2°) PREFECTURE DU GOLFE : plus de 500.000 F

3°) ECOLE NATIONALE DES AUXILIAIRES MEDICAUX : 78.015.020 F

4°) REGIE MUNICIPALE DES MARCHES : 1.545.255 F

5°) MAIRIE DE LOME : 161.224.652

6°) VOIRIE DE LOME : 6.834.835

Factures cumulées de quelques institutions, entreprises et sociétés para-publiques.

INSTITUTIONS/SOCIETES PARAPUBLIQUES	ANTERIEUR A 1997	2002
Assemblée Nationale	425.880	0*
CCL de Cacaveli	13.090	0
Caisse d'Epargne du Togo	479.060	0
CNSS (Accident de travail)	7.526.320	4.111.020
CNSS (Pension)	1.640.100	0
CNSS (Personnel)	2.147.355	567.930
EDITOGO	3.124.317	1.509.265
GTA	859.309	481.492
IRCC (Kpalimé)	624.195	107.100
Main d'œuvre (Port)	2.673.995	331.280
ODEF	53.100	42.000
ONAF	373.280	33.230
OPAT	47.550	439.000
OPTT	5.413.132	0
OPT	1.907.525	2.213.910
PEF	626.820	0
PAL	6.075.160	6.370.230
SONAPH	228.655	0
SONOTAM	214.960	0
TOGOGRAIN	41.990	0
TOGOPHARMA	6.392.825	1.573.490
TOTAL	40.768.825	18.779.947

Le chiffre Zéro (0) ne veut pas dire qu'il n'y a pas de dette, mais plutôt que la société a changé de nom ou a été déclarée fermée, ou simplement, non solvable.*

La dette de l'Etat et de ses démembrements est une véritable réserve financière pour le CHU qui ne peut entrer en possession de son bien. Le CHU-Tokoin vend gratuitement ses produits aux agents de l'Etat : c'est ce que l'on appelle l'Autonomie ?

L'Etat togolais sait très bien que le CHU-Tokoin ne dispose d'aucun moyen juridique, politique ou policier pour pouvoir l'attaquer, donc décider et agir sans crainte.

La faiblesse du recouvrement des créances du CHU est également remarquable dans les services rendus aux Personnes Privées et aux Organismes Internationaux.

Si le service-assureur est une Société d'Assurances comme GTA (Groupe Togolais d'Assurances) ou C2A (Compagnie d'Assurances d'Afrique), le règlement est plus facile. Il suffit que la facture leur soit adressée avec la preuve du service fait et ils s'acquittent de leur dette. Mais ce n'est pas la même chose pour les services qui sont soit des Privés, soit des Organismes internationaux.

Depuis 1994, pour éviter des dispersions des fonds, le CHU dispose enfin de son propre Service de Recouvrement, et non plus le Trésor Public.

Nous n'avons pas pu relever tous les services ou entreprises privées qui doivent au CHU, mais la liste des cas suivants dans le tableau ci-dessous est la preuve tangible que le CHU-Tokoin a des créances assez importantes auprès des privés.[Yorouba] La dette des privés est supérieure à 3 milliards de F. CFA.

Factures cumulées de quelques Services Privés et Organismes Internationaux.

(Source : Service du Recouvrement de CHU).

SOCIETE OU ORGANISME	ANTERIEUR A 1997	EN 1997
Ambassades	320.755	6.900
Africaines de Courtage d'Assurance (ACA)	11.850	191.490
Banques	2.603.120	266.425
British School	104.500	36.710
Compagnie Africaine d'Assurance(C2A)	289.340	0
CEG Strebbler	140.340	26.280
CERFER	303.735	57.040
Collège ORA et LABORA	30.670	0
Collège de la Passion	3.500	0
CREFP	12.975	0
CEG Monseigneur CESSOU	33.940	85.010
CIMTOGO	255.420	0
Collège Polytechnique BRUCE	37.500	2.350
Centre Culturel Islamique	62.180	0
Centre Culturel Américain	7.980	0
Centre Culturel Français	4.500	0
Hôtels	11.295.925	1.773.915
PNUD	86.500	15.850
UAP	20.000	445.376
TOTAL	15.624.320	2.974.941

Les Sociétés Privées et les Organismes Internationaux, n'honorent pas régulièrement leurs engagements vis à vis du CHU de Tokoin.

Malgré les mesures prises par les autorités du CHU, à savoir le dépôt d'une attestation de service et du bulletin de paie le plus récent, le CHU rencontre toujours des difficultés à rentrer dans ses droits auprès du privé.

Les raisons sont multiples :

- Beaucoup de sociétés ferment leurs portes sans avoir déposé un bilan.
- Avec les moyens modernes, de l'informatique, certains individus s'érigent en Société Privée et se fabriquent de fausses attestations de service et de faux bulletins de paye.

Au moment de faire le recouvrement, les services du CHU ne trouvent pas leurs traces, parce qu'elles n'existent pas en réalité. Maintenant on devrait tout vérifier dès les premiers soins.

- Certaines sociétés privées traînent le pas pour payer parce qu'elles considèrent, à tort le CHU comme un service public qui n'est pas pressé d'entrer dans ses droits.

- Quant aux Organismes Internationaux, le fait qu'ils ne payent pas leurs dettes, incombe en partie au CHU de Tokoin, qui met trop longtemps à émettre les factures. Le temps minimum qu'il faut au CHU pour émettre une facture est de 3 mois malgré l'informatisation de la facturation. Parfois les factures émises ne sont pas acheminées vers les destinataires à temps.

Non seulement l'Etat n'honore pas ses créances, mais il fait passer la subvention d'exploitation de 725.000.000 à 630.000.000 de 2000 à 2001, soit une diminution de 13 % au moment où la situation du CHU est financièrement très critique.

Les dépenses du fonctionnement du CHU-Tokoin, l'Hôpital de Référence, qui ne saurait fermer ses portes s'élèvent à 2.081.163.600 F CFA contre seulement 73.000.000 d'investissement soit 3.39%.

Ainsi, en comparant les charges des personnels médicaux et non médicaux, c'est à dire salaires, charges sociales, primes et autres avantages qui sont de 925.228.071 F CFA en 1997 et passant à 930.000.000 en 2000 avec des dépenses engagées au 31/12/00 à 741.330.913, soit un taux d'utilisation de 79.71%, et pour une prévision de 2001 sont de 881.400.000, laisse voir que les choses non seulement ne changent pas beaucoup mais ne s'améliorent pas depuis 1993, malgré des dispositions administratives et financières qui changent plus ou moins avec les différents directeurs que connaît le CHU-Tokoin.

Les recettes sont en net recul, et deviennent très inquiétantes avec une diminution de plus en plus impressionnantes sans la participation active et le dynamisme de la nouvelle Directrice ; sans oublier de nouvelles dispositions (telles que la co-direction du " Service des facturations " avec le personnel du Ministère des Finances) pour permettre d'accroître la responsabilité de tous les acteurs dans la gestion.

Un système de rendement se met en route : comptabilisation des charges par la comptabilité analytique, suivi d'un processus de contrôle.

Cependant la crise socio-économique sans précédent au Togo freine encore ce dynamisme.

La productivité, source de financement interne, tourne autour de 4 catégories :

- Fonctionnaires de l'Etat,
- Indigents, Particuliers-payants et Assurés,
- Agents de Sociétés publiques comme privées.

PRESTATION RECOUVREES 2000/20001

	PRESTATIONS EXTERNES		ACTES INTERNES		MONTANT HOSPITALISATION	
	2000	2001	2000	2001	2000	20001
Janvier	15 100 230	12 098 695	74 215	93 740	3 253 500	2 032 005
Février	13 212 090	13 082 456	122 175	89 645	2 975 810	2 231 315
Mars	16 306 870	15 782 056	149 710	52 850	3 757 985	2 665 945
Avril	14 362 904	17 647 266	260 485	182 145	2 699 725	2 775 645
Mai	16 760 231	18 865 194	130 755	127 485	3 437 985	3 501 990
Juin	14 460 713	19 865 194	128 125	304 280	2 907 725	3 177 395
Juillet	14 357 063	20 924 553	146 940	253 860	1 797 250	2 879 590
Aout	14 380 342	19 738 555	169 200	343 750	2 527 920	2 936 500
Septembre	13 157 50	18 224 683	1 863 560	249 390	1 971 652	2 853 110
Octobre	12 836 847	18 822 832	821 825	410 120	2 727 450	3 116 670
Novembre	12 505 854	18 109 541	47 640	414 740	2 010 090	3 185 480
Décembre	11 666 920	7 030 057	78 200	46 300	1 805 520	1 136 120
TOTAL	169 107 584	200 191 492	3 992 830	2 568 305	31 872 612	32 491 765

Total recouvré en 2000 : 200 980 196 F pour total facturé 410 488 317 F

Total recouvré en 2001 : 235 251 562 F pour total facturé : 506 922 705 F

Exemple :

- sur 252 659 750 F de prestations externes en 2000 on a recouvré 169 107 584 F, soit 67%

- sur 270 361 870 F de prestations externes en 2001 on a recouvré 200 191 492 F, soit 74.45%

En comparant les chiffres, on voit se dégager une bonne évolution, 7.45% due aux exigences de la crise d'une part et au dynamisme de la nouvelle Direction d'autre part.

-Dépenses du CHU-Tokoin : Charges de fonctionnement

Dans de conditions insurmontables de "Finances", le CHU doit utiliser ses recettes pour équilibrer ses dépenses, devenues des charges vitales.

Cet exercice nous permet de voir pourquoi ce gros établissement, par principe de conception administrative est déficitaire.

Avec un personnel pléthorique, les charges du CHU-Tokoin sont très lourdes

Boite de récupération ou de dépôt des excédents de personnel en surnombre dans d'autres services de l'Etat, le CHU-Tokoin est devenu une lourde machine difficile à traîner avec ses 1254 agents et 1264 lits sans compter plus de 80 % d'indigents non solvables qu'il accueille.

Un regard sur les prévisions salariales, nous montre pour la seule année 1998, une somme de 974.200.000F soit 41% du budget de l'hôpital. En incluant les frais d'hospitalisations et de soins aux personnels, les charges de formation et de recyclage, ce montant passerait à 48% du budget.

La lourdeur de la dépense en personnel, provient d'un recrutement anarchique d'un personnel non qualifié, qui ne fait pratiquement rien à l'hôpital et qui plus se montre récalcitrant envers les malades : il n'est pas surprenant de découvrir une garde-malade entrain de dormir à l'heure de service à même le sol devant l'entrée du service ou dans le couloir.

Par exemple, les sages-femmes à la maternité du CHU sont en surnombre par rapport au service réel qu'il y a à faire. Il y a 85 sages-femmes pour environ 600 accouchements annuels, ce qui revient à 71 accouchements par sage-femme par an, soit 2 accouchements tous les 10 jours. Ce qui revient à dire concrètement dans ce service, que les sages-femmes passent le plus clair de leur temps à se tourner les pouces, à faire des commérages « stériles »

Le Ministère peut redéployer valablement une partie de ces sages-femmes, personnel qualifié, dans d'autres centres de santé du pays, où il y a à peine une accoucheuse auxiliaire.

Mais maîtresses, femmes, sœurs de.... Et de surcroît, tout le monde veut rester à Lomé ; les « Epouses » sont très difficilement déplaçables et posent de sérieux problèmes à toute l'administration togolaise non étatique, mais trop politisée !

Le personnel ne constitue pas le seul gouffre financier du CHU -Tokoin ; il y a un second gouffre, c'est la cuisine, où le personnel est quasi sans qualification.

L'hôtellerie dans un hôpital est le symbole pour le malade de l'histoire de l'hôpital, comme "lieu d'hébergement, de distribution de nourriture, de médicaments"[VOISIN-FAUGERE].

La cuisine, en raison de la croissance de l'indigence au CHU, n'arrive plus à satisfaire correctement la clientèle ; cette situation est aggravée par l'inflation des prix des produits agricoles, et le personnel employé s'y sert très souvent..

Non seulement, et toujours pâtes de maïs-mil ou riz-haricots "Ayimolu", les repas sont toujours immangeables et pires qu'en prison ; la qualité, la présentation laissent à désirer.

Malgré la mauvaise qualité de la nourriture, les malades reçoivent une ration insuffisante.

Le petit-déjeuner a même été supprimé pour la plupart des malades.

Evolution des dépenses en alimentation et chauffage (bois et charbon) de 1993 à 1997.
Source : Economat du CHU-Tokoin.

ANNEE	DEPENSES ALIMENTATION	EN	DEPENSES EN BOIS DE CHAUFFAGE ET EN CHARBON
1993	161.887.122		5.508.000
1994	89.942.731		3.922.500
1995	152.146.274		4.936.475
1996	160.312.667		5.954.930
1997	179.919.162		6.299.792

Un autre gouffre, qui ne devrait pas l'être, si le matériel, l'équipement étaient de bonne qualité au départ, pour fonctionner sans arrêt de nuit comme de jour, selon le principe même de la continuité des services de l'hôpital, est la qualité de la maintenance.

Le CHU-Tokoin dispose d'un service de maintenance à son image. Cette maintenance concerne aussi bien les appareils médicaux, chirurgicaux, que tous appareils dont l'utilité permet le fonctionnement de l'hôpital tel que les voitures et ambulances. Chaque jour l'Autorité veille à ce que tout soit au point pour qu'une défaillance de l'hôpital ne soit cause de la mort d'un malade. C'est un véritable gymnastique, la gestion du CHU-Tokoin.

Pour atteindre l'objectif, le budget prévoit des dépenses pour la maintenance.

Evolution des dépenses de maintenance de 1993 à 1997

Source : Economat

ANNEE	Entretien Véhicules	Entretien hors contrat matériels	Entretien mobilier	Entretien matériel médico-chirurgical	Entretien et installation, eau, électricité
1993	2.866.036	5.145.063	871.188	2.819.545	4.345.244
1994	7.546.503	7.990.741	6.383.862	5.791.499	6.756.028
1995	5.876.311	7.705.528	6.708.560	8.302.494.	8.208.145
1996	5.415.913	7.466.466	5.405.875	12.233.304	8.345.430
1997	6.481.701	6.986.755	4.867.661	13.250.000	10.191.240

Même le matériel neuf acheté par le CHU est longtemps amorti. Pas d'amortissement pour renouveler. Alors il faut maintenir ce matériel en état de fonctionnement au prix coûteux de réparation quasi quotidienne. Souvent plus pour réparer que pour racheter un neuf ; mais comme on vit au jour le jour on se résigne à réparer.

Ainsi les dépenses comprennent deux volets essentiels : Fonctionnement et Investissement. Le volet Fonctionnement est composé de différentes lignes budgétaires et s'évalue à 2.230.655.575 F.CFA, soit 82 % de dépenses totales. On distingue dans ce volet :

- Les frais de personnel médical et non médical correspondant aux salaires, charges sociales sur les salaires, diverses dépenses sociales, les primes et d'autres avantages sociaux pour le personnel. Ils occupent la première ligne et s'évaluent à 925.228.071 F.CFA, soit 41.48%.
- Les fournitures consommées, 25.32%, englobant le petit matériel médico-chirurgical, les consommables médicaux, etc.
- Les matières consommées, 13.76%, couvrent essentiellement les dépenses d'alimentation des malades, matériel, hôtellerie, eau, électricité, chauffage, gaz médicaux etc..
- Les autres services consommés, 7.38%, correspondent aux dépenses d'entretien, de réparation et de frais de téléphone.
- Les dépenses diverses, 9.88%, concernent principalement les frais financiers, les frais divers de gestion et les charges sur exercices antérieurs (car il y a toujours des dettes accumulées).

Le volet Investissement, c'est toutes les opérations qui traduisent soit une diminution, soit une augmentation du patrimoine de l'établissement, c'est à dire de son capital.

Les Investissements du CHU-Tokoin sont inscrits dans le Budget d'Investissement et d'Equipement de l'Etat (le BIE). En revanche sur ces recettes, le CHU prévoit quelques investissements soit pour le renouvellement du matériel, soit pour les réparations, surtout.

Ces dépenses s'évaluent à 494.500.000 F.CFA, 18 % du budget total.

L'Etat intervient alors dans le fonctionnement du CHU-Tokoin, par l'investissement en équipement de 20.000.000 F.CFA permettant au budget réel d'atteindre en 1997 la somme de 3.121.144.429 F. CFA

- Autres sources de financement ou, Financements privés

Malgré la suspension « Politique » de la Coopération avec le Togo, des aides, sous formes « Humanitaires » sont octroyées. Par exemple, en 1997, le CHU a reçu un financement extérieur de 14.51% du FAC-Santé (Fonds d'Aide à la Coopération).

« Les fonds des Organismes autres que l'Etat sont déposés au Trésor Public, sauf dérogation autorisée par le Ministère de l'Economie et des Finances ».

3.2 Données de l'enquête sur la perception de l'initiative de ré- assurance

Nous avons estimé qu'il serait bien indiqué de présenter les résultats par rubrique pour faciliter la lecture et permettre de suivre mieux la démonstration.

Ainsi, nous aurons successivement les rubriques suivantes :

Caractéristiques socio démographiques des répondants

Perception ou vision du projet (défis à lever, atouts existants, difficultés éventuelles).

3.2.1 - Caractéristiques socio démographiques des répondants

Sous cette rubrique, nous présentons la distribution des enquêtés par des tableaux selon les variables âge, sexe, situation matrimoniale, type de ménage (ou taille de la famille), nationalité, appartenance religieuse, statut économique, choix de l'itinéraire thérapeutique en cas de maladie.

Ces données permettent de prendre connaissance des citoyens qui sont susceptibles de bénéficier de la réassurance sociale (Social-Re).

Tableau n° 1 / Distribution des enquêtés selon le sexe

Sexe	Répondants	Fréquence Absolue	Fréquence Relative (%)
Féminin		747	62,25 %
Masculin		453	37,75 %
TOTAL		1200	100 %

Il apparaît, au regard des données de ce tableau n° 1 , qu'il y a une prédominance de répondants de sexe féminin (62,5 %) sur ceux de sexe masculin (37,5 %) . Cela traduit la réalité constatée sur le terrain, en ce sens que le projet a intéressé plus les femmes que les hommes. Habituellement, les problèmes de santé de la famille préoccupent plus les mères, qui sont d'ailleurs les premières à constater et à s'inquiéter de l'état de santé des enfants.

D'ailleurs, le constat est souvent fait au cours de la recherche, que le sujet semble retenir plus l'attention des femmes (mères de familles que des répondants de sexe masculin).

Tableau n° 2 : Distribution des répondants selon l'âge

Age	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
21-25	230	19,17
26-30	225	18,75
31-35	167	13,92
36-40	181	15,08
41-45	222	18,50
46-50	119	9,92
51 et +	56	4,67
Total	1200	100

Le dépouillement a révélé que l'âge des répondants tourne dans l'intervalle de 21 à 50 ans. Cela peut signifier que l'initiative intéresse plus les personnes de cette tranche d'âges. Apparemment les personnes âgées ne sont pas très motivées. De même on peut affirmer que les individus dans la force de l'âge semblent s'occuper plus de leur état de santé (leur propre état de santé et celui de leurs enfants)

Tableau n° 3 : Répartition des enquêtés suivant leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
célibataires	96	8,00
Mariés (es)	894	74,50
Veufs (ves)	135	11,25
Divorcés	51	4,25
Autres	24	2,00
Total	1200	100,00

Les données consignées dans ce tableau laissent apparaître que les répondants(es), mariés sont plus nombreux(es) dans l'échantillon (75 %). Est-ce à dire que le problème d'assurance maladie est un sujet de responsabilité parentale ? Toujours est-il que les personnes régulièrement mariées et ayant des progénitures s'intéressent plus au projet. Les célibataires (8 %) les veufs ou veuves (11 %) , les personnes en état de divorce (4 %) et autres, c'est-à-dire vivant maritalement ou en concubinage (2 %) s'intéressent aussi au sujet, mais dans une moindre mesure. Il semble qu'ici, le pouvoir d'achat de l'individu joue un rôle important dans l'attitude des répondants.

Tableau n° 4 : Répartition des répondants selon la taille du ménage

Taille du ménage	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Sans enfant	72	6,00
1 à 3 enfants	228	19,00
4 à 6 enfants	624	52,00
6 enfants et plus	276	23,00
Total	1200	100,00

D'après les déclarations des individus de l'échantillon, les répondants de familles nombreuses se taillent la plus grande partie puisqu'ils sont 900 sur 1 200 à avoir au moins quatre (4) enfants.

Les répondants sans enfant ne représentent que 6 % du total.

Sur la base de ces données, on peut estimer que le sujet intéresse surtout les personnes ayant des enfants à charge. En effet, plus la taille du ménage est grande et plus nombreux seront les problèmes de santé.

Tableau n° 5 : Répartition des répondants suivant la catégorie socio-professionnelle

Catégorie socio-professionnelle	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
fonctionnaires	619	51,58
Commerçants	233	19,42
artisans	281	23,42
ouvriers	67	5,58
Total	1200	100,00

Les répondants de l'échantillon appartiennent à diverses catégories socio-professionnelles : 51 % d'entre eux sont des fonctionnaires donc, censés avoir des revenus mensuels réguliers (si et seulement si les salaires tombaient régulièrement, chaque fin de mois).

21 % des individus interrogés se déclarent commerçants ; ceux-ci ont sans doute des revenus périodiques, de même que les artisans (coiffeuses, couturières, menuisiers, tailleurs, maçons etc ...). Il s'agit plutôt du secteur informel (qui nourrit la famille).

60 répondants sur les 1200 ont déclaré qu'ils sont ouvriers ; on peut estimer qu'ils ont des revenus mensuels.

Au total, les répondants de l'échantillon sont susceptibles d'avoir des revenus (mensuels ou périodiques) pouvant leur permettre d'honorer leur engagement s'ils choisissent de contracter une assurance-maladie.

Tableau n° 6 : Répartition des répondants selon leur nationalité

Nationalité	Fréquence absolue	Fréquence relative
Togolaise	1176	98,00
Autre nationalité	24	2,00
Total	1200	100,00

Presque tous les individus interrogés sont de nationalité togolaise (98 %).

Nous n'avons dénombré et retenus que 24 répondants sur les 1200 qui sont d'une autre nationalité (nigériens ou ghanéens) . Mais, ce sont des personnes qui ont fait souche au Togo et qui se déclarent vouloir résider au Togo encore longtemps. C'est d'ailleurs l'un des critères sélectifs dans l'échantillonnage, puisque l'enquête n'est pas réalisée auprès de ceux qui ont déclaré ne plus résider à Lomé (ou au Togo) pour longtemps encore.

Tableau n° 7 : Répartition des enquêtes suivant leur réponse à la question « Est-ce que votre pratique religieuse vous interdit d'aller à l'hôpital en cas de maladie ? »

Répondants	Fréquence Absolue	Fréquence Relative(%)
Opinion		
Oui	00	00 %
Non	1200	100 %
Ne sait pas	00	00 %
TOTAL	1200	100 %

Tous les individus de l'échantillon ont répondu par la négative à cette question précise. C'est d'ailleurs l'un des critères de sélection des répondants ; l'enquête n'est pas réalisée auprès des personnes qui ont déclaré que leur pratique religieuse leur interdit d'aller à l'hôpital en cas de maladie.

Ceci nous conduit naturellement à présenter les données sur l'attitude des individus en cas de maladie.

Tableau n° 8 : Distribution des enquêtés suivant leur réponse à la question "En cas de maladie où vous soignez-vous ? "

Opinions	Fréquence absolue	Fréquence relative
Dispensaire	598	49,83
Médecin	421	35,08
Tradithérapeute	117	9,75
Eglise	25	2,08
Devin	39	3,25
Total	1200	100,00

Les répondants s'engagent, en cas de maladies, dans différents itinéraires thérapeutiques pour tenter de trouver la guérison. Si l'on peut faire confiance à leurs déclarations, les comportements des enquêtés en cas de maladies, se présentent de la façon suivante :

50 % d'entre eux vont au dispensaire (hôpital, clinique ou centre de santé publique.)

35 % des individus enquêtés préfèrent se confier aux soins des médecins privés, alors que 120 enquêtés sur les 1200, 10% tournent le regard vers les tradithérapeutes ;

2 % d'autres vont à l'Eglise et 3 % sont attirés par les devins, Vaudou et fétiches.

Il apparaît donc que la forte majorité des citoyens (85 %) choisissent une formation médicale moderne pour se soigner en cas de maladie. Cela voudra dire que le Projet peut intéresser la plupart des répondants.

Mais, ceux qui choisissent d'autres procédures de guérison ne rejettent pas l'adoption systématique de l'hôpital moderne (ou de médecin moderne) dans ces cas-là. C'est ce que vont montrer les données qui suivent :

Tableau n° 9 : Distribution des enquêtés suivant leur réponse à la question : "Trouvez-vous un inconvénient à aller systématiquement à l'hôpital ou chez un médecin moderne en cas de maladie ? "

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	1142	95,17
Non	0	0,00
Ne sait pas	58	4,83
Total	1200	100

D'après les données ci-dessus, 900 répondants sur les 1200 de l'échantillon ne trouvent aucun inconvénient à adopter systématiquement la médecine moderne comme itinéraire thérapeutique en cas de maladie.

Sur cette question précise, seuls 60 individus sur les 1200 sont sans réponses ou n'ont pas voulu se prononcer. Est-ce à mettre sur le compte des réponses affirmatives ? (car, comme le suggère l'adage bien connu, "qui ne dit rien, consent"). On peut retenir qu'au total, les citoyens, par leurs caractéristiques bio-sociales et socio-économiques, sont dans des conditions d'acceptabilité de l'initiative qu'on propose. Mais comment perçoivent-ils le projet ? C'est ce que vont tenter de montrer les données consignées dans la rubrique qui suit.

3.2.2 - Vision ou perception du projet par les futurs bénéficiaires.

Sous cette rubrique, nous avons essayé de cerner la vision ou la perception que les répondants ont de l'initiative de développement communautaire ou d'auto-promotion qu'on leur propose. Comment le projet est compris (dans ses méthodes et ses objectifs), dans quelles conditions l'innovation est acceptable, la place que les bénéficiaires lui assignent dans leurs préoccupations et dans leur vécu quotidien, les investissements personnels que les gens sont prêts à y mettre pour sa réussite et sa pérennisation etc ...

Tableau n° 10 : Distribution des répondants suivant leur réponse à la question "Avez-vous bien compris ce que l'on vous propose ?"

Opinions	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
oui	1059	88,25
non	103	8,58
sans réponse	38	3,17
Total	1200	100,00

A la lumière des données du tableau ci-dessus, il apparaît clairement que la forte majorité des répondants déclarent avoir compris le projet qu'on leur propose (88 %) , tandis que 9 % d'entre eux déclarent le contraire et que 36 enquêtés sur les 1200 de l'échantillon ne se prononcent pas. Si nous pouvons mettre les deux dernières catégories d'enquêtés dans le même panier, nous aurons alors 12 % des individus interrogés qui ne semblent pas avoir bien compris le projet dans ses méthodes et surtout ses objectifs.

Au total, on peut retenir que l'expérience d'assurance sociale est assez bien perçue par les futurs bénéficiaires.

C'est vrai que nous ne sommes qu'au stade d'investigations exploratoires, et n'avons que des données provisoires qui restent à être confirmées ou infirmées par des recherches proprement dites et approfondies.

Tableau n° 11 : Répartition des enquêtés suivant la réponse à la question "Acceptez-vous le projet tel quel ? "

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative
Oui	732	61
Non	240	20
Sans réponse	228	19
Total	1200	100

Apparemment les individus de l'échantillon n'acceptent pas le projet proposé tel quel. En preuve, si 61 % d'entre eux déclarent que le projet est acceptable, tel que présenté, en revanche 240 enquêtés sur 1200 ne l'entendent pas ainsi et 19 % d'autres ne se prononcent pas sur cette question précise. On peut en conclure que 39 % des citoyens ont besoin d'être plus "éclairés" sur l'innovation qu'on veut introduire dans leur vie.

C'est pourquoi nous avons cherché à "creuser" un peu plus cet aspect du sujet.

Tableau n° 12 : Distribution des enquêtés selon les réponses à la question "D'après vous que peut-on attendre d'une assurance –maladie ?"

Réponses	Fréquence Absolue	Fréquence Relative
Etre couvert (avec sa famille) en cas de maladie	1080	90 %
Bénéficiaire des soins gratuits en cas de maladie	1140	95 %
Etre remboursé(e) pour le montant des frais médicaux occasionnés par la maladie	960	30 %
Avoir la possibilité d'être évacué(e) en Europe dans les cas graves.	360	30 %
Avoir les moyens pour faire face à tous les cas de maladies sans exception.	540	45 %

L'incongruité des chiffres ici, est due au fait que les réponses ne s'excluent pas, en ce sens qu'un répondant peut se retrouver dans tous les cas de figure en donnant toutes les réponses en même temps. C'est ainsi que nous avons :

90 % des individus enquêtés estiment que l'assurance-maladie permet d'être couvert avec sa famille en cas de maladie.

95 % des répondants trouvent que cela donne droit pour bénéficier de soins gratuits.

80 % d'autres, avancent que l'assuré peut être remboursé pour le montant des frais médicaux occasionnés par la maladie.

30 % des répondants parlent des possibilités pour l'assuré d'être évacué sur l'Europe dans des cas graves.

Pour 45 %, l'assurance maladie donne les moyens de faire face à tous les cas de maladie, sans exception.

Comme on peut le constater, les futurs bénéficiaires ont diverses interprétations des droits de l'individu ayant une assurance-maladie. Seulement le système Social-Ré qui leur est proposé aura des domaines de couverture bien précis sous certaines conditions. Ce qui fait que les populations ont besoin d'être en long et en large informées avant tout engagement. Mais avant cela, les gens sont prêts à s'affilier.

Tableau n° 13 : Distribution des répondants selon leur réponse à la question "Avez-vous déjà pris une assurance-maladie"

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative
Non	1132	94,33
Oui	68	5,67
Total	1200	100,00

Si l'on en croit aux déclarations des individus de l'échantillon 95 % des enquêtés n'ont pas encore une assurance-maladie ; et seuls 05 % d'entre eux en ont.

Cela peut signifier que les besoins existent. C'est pourquoi nous avons voulu savoir si ceux qui n'ont pas encore une assurance-maladie désirent en avoir.

Tableau n° 14 Répartition des enquêtés suivant les réponses à la question "Seriez-vous favorable à adhérer à une assurance –maladie qui vous couvre (vous-même, vos enfants et votre conjoint(e)) ?

Réponses	Fréquence absolue	Fréquence relative
oui	1134	96,92
Non	0	0,00
Ne sait pas	36	3,08
TOTAL	1170	100,00

Cette question a été posée uniquement aux enquêtés qui ont déclaré ne pas avoir contracté encore une assurance maladie. Cela donne les tendances suivantes :

1134 individus sur les 1170 concernés (soit 95,5 %) déclarent qu'ils sont prêts à prendre une assurance de ce genre.

36 enquêtés sur les 1170 (soit 4,5 %) ne se prononcent pas clairement sur cette question précise. Ce sont en général des femmes qui donnent l'impression de vouloir se référer d'abord à leur conjoint, et qui hésitent à se prononcer.

Aucun enquêté n'a rejeté la proposition ; (signalons que nous avons pas tenu compte ici de la réponse mitigée « seulement les enfants, ou mère et enfants » de 30 personnes sur les 1.200 du départ pour cette question).

On peut en conclure que l'initiative proposée répond à un besoin réel et ressenti comme tel par les gens. Et, puisque le projet rencontre les attentes des citoyens, il faut savoir dans quelles conditions cela est faisable.

Tableau n° 15 : Répartition des enquêtés suivant la réponse à la question

"Combien pensez-vous être en mesure de payer régulièrement(et mensuellement) pour bénéficier de cette assurance-maladie sachant qu'il n'y a qu'un paiement unique pour toute la famille ?"

Prime (Francs CFA)	Fréquence absolue	Fréquence relative
200 à 300	26	2,17
300 à 500	1083	90,25
600 à 1000	91	7,58
Total	1200	100,00

Sur cette question précise et pointue la position des enquêtés est sans ambages :

90 % d'entre eux sont pour un montant compris entre 300 et 500 F, CFA par mois avec une préférence pour le chiffre de 500 F.

96 répondants sur les 1200 fixent un montant variant entre 600 et 1000 F CFA/mois.

02 % des enquêtés optent pour un taux qui tourne entre 200 ou 300 F.

Aucun enquêté n'a avancé un chiffre dépassant 1000 F ou inférieur à 200 F.

Donc sur la base de ces données, on peut retenir que le taux de cotisation qui emporte l'adhésion des répondants est 500 F CFA / mois (Cinq Cent francs par mois, *moins d'1€*). Tous les enquêtés estiment qu'un montant supérieur à 1000 F,CFA /mois, (soit 1,50 € en France) est inaccessible et impossible pour le Togolais .

Pour plus de précision, nous avons cherché à connaître le minimum de cotisation mensuelle en dessous duquel Social-Ré, "*Cette affaire ne sera pas prise au sérieux*".

Tableau n° 16 : Distribution des enquêtés selon les réponses à la question « Quel montant de cotisation mensuelle vous paraîtrait trop bas et qui vous ferait croire que "L'affaire ne sera pas sérieuse" ? »

Prime (F CFA)	Fréquence absolue	Fréquence relative
Moins de 100	36	3,00
Moins de 200	59	4,92
Moins de 300	96	8,00
Moins de 500	961	80,08
Moins de 900	48	4,00
Total	1200	100,00

D'après nos enquêtés, ce projet, pour être crédible, doit exiger un taux de cotisation qui ne peut pas être en dessous d'un certain seuil. Cette question précise laisse voir la position des individus de l'échantillon

36 enquêtés sur 1.200 seulement considèrent qu'un taux de cotisation inférieur à 100F, CFA par mois est dérisoire et est susceptible de susciter des doutes sur la véracité et le sérieux de l'initiative

La même observation est faite pour d'autres montants :

60 enquêtés sur 1200, soit 5% trouvent qu'un montant inférieur à 200 F / mois n'est pas crédible ;

48 enquêtés, soit 8 % estiment qu'un montant moins de 300 F / mois ne donne pas des garantis.

960, c'est-à-dire, 80 % des répondants rejettent un taux inférieur à 500 F / mois .

8 personnes, (4 % d'entre eux) ne se fient pas à un montant de moins de 1000 F.

On peut retenir que la majorité des individus de l'échantillon ainsi optent pour un taux de cotisation qui ne doit pas être inférieur à 500 F / mois.

Remarque

Nous venons de sonder les populations de Lomé sur leurs réactions vis-à-vis de l'innovation en développement communautaire et en auto-promotion pour la santé qu'on se propose d'introduire dans leur vie. Les réactions des uns et des autres nous ont édifié. Nous en avons tiré des leçons, dont nous allons faire part dans la rubrique ci-dessous.

IV. -DISCUSSION

4.1. Discussion sur les données de la méthodologie

A cette étape de l'enquête, nous avons plutôt utilisé l'approche qualitative pour collecter les autres données, surtout, qu'il est question de sonder le fort intérieur des répondants, en leur laissant toute latitude et en leur donnant la possibilité de dire vraiment ce qu'ils pensent de l'initiative de développement qu'on propose de leur offrir

D'abord, il apparaît que cette étude exploratoire est un peu trop "expéditive" et n'a pas permis aux enquêtés "d'aller au fond des choses et aux choses du fond", bref de faire ce que l'anthropologue français Maurice GODELIER nomme "la véritable descente dans le puits".

Nous avons utilisé la méthode MARP qui ne peut permettre de collecter que des données exploratoires. Cependant, à cette étape nous avons appris quelques leçons qui méritent d'être retenues.

Les enquêtés veulent avoir de plus amples informations «plus concrètes, pratiques» sur ce qu'on leur propose, les initiateurs, la nature de l'intervention et son origine

D'autres ont fait part de leurs appréciations sur les expériences de ce genre. Et, au titre de celles-ci, les rumeurs vont bon train, qui jettent du discrédit, qui ne font pas confiance aux intermédiaires, qui trouvent que cela se solde par des situations d'escroquerie et les gens se retrouvent en victimes résignées. D'après les sondés, de pareilles expériences ont déjà, été tentées au Togo, avec des résultats non probants et il y en a qui ont gardé un "goût amer".

Par ailleurs il est apparu que, généralement, ce sont les femmes qui s'intéressent le plus à des initiatives de ce genre. D'abord, parce que de par leur nature, et de par le rôle et la place qu'elles tiennent au sein du foyer, les femmes sont directement interpellées par les problèmes de maladie des membres de familles. Au cours des investigations, nous avons découvert que le sujet les intéresse et les motive plus. Il serait bien indiqué d'en tenir compte. L'analyse des données nous autorise à avancer que le projet d'une réassurance sociale (ou assurance-maladie) va s'insérer dans une cohésion sociale existante(ou préexistante) Les futurs adhérents se connaissent et entretiennent des liens de parenté, d'amitié et de solidarité agissante.

4.1.1- Discussion des financements du CHU-Tokoin

La discussion de l'état des finances, du budget du CHU, nous permet de bien appréhender la situation réelle de la prise en charge des soins de santé au Togo :

L'autonomie de la gestion accordée aux CHU oblige ceux-ci à confectionner leur propre budget étant défini comme "l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses des organismes publiques".

Le CHU-T ne doit plus attendre de l'Etat les ressources nécessaires à son fonctionnement. L'administration a le devoir de concevoir les moyens par lesquels elle peut faire les recettes nécessaires à la vie du centre. En effet, depuis les indépendances en 1960, les gouvernements successifs se sont engagés à assurer la gratuite des soins de santé à la population qui à son tour considère cet avantage comme un droit de tout citoyen. Cette notion de gratuité s'est perpétuée et a gagné presque toutes les couches sociales y compris les plus nanties. Cette situation est l'héritage de l'époque coloniale pendant laquelle toute la population indigène était considérée comme indigente.

A ce titre, leurs soins, leur hospitalisation et les actes nécessaires à leurs soins étaient entièrement supportés par l'Etat. L'arrêté n°85 du 11 août 1921 précise en son article 65 que "l'entretien et l'admission des indigènes dans mes établissements hospitaliers, les consultations et la délivrance des médicaments sont gratuits pour les indigènes. Les séances de vaccination sont publiques et gratuites".

Les réformes consécutives n'ont pu changer cet état d'esprit ; ce qui fait qu'aujourd'hui malgré l'instauration d'une forme de taxation à l'hôpital, beaucoup de bénéficiaires de soins cherchent à contourner les services financiers de l'hôpital pour se soigner gratuitement par des complicités internes, voire externes.

Article 9 : " En dehors des services de soins et de diagnostics, susmentionnés, les établissements hospitaliers comportent également des Services Administratifs et des Services Généraux".

Au Togo, la structure sanitaire est toujours trop verticale, malgré les souplesses des textes; et les Services Administratifs et Généraux très puissants sous la bénédiction du régime paralysent le bon fonctionnement des services de soins et de diagnostics, confondant responsabilité politico- administrative et médico- sanitaire.

Le malade qui accède aux services chirurgicaux doit s'acquitter successivement des droits de consultation, des frais d'examens complémentaires utiles à poser le diagnostic. Après cette étape, il doit faire face à d'autres dépenses pour sa prise en charge (frais d'hospitalisation, frais d'intervention, achat de médicaments et de consommables nécessaires pour l'intervention). Il s'agit là d'un paiement direct des actes qui limite manifestement l'accès des services de santé aux seules personnes qui en ont les moyens et qui risque d'exclure les membres les plus pauvres de la société (7-9).

Le recouvrement de coûts permet de collecter une partie des contributions des bénéficiaires de soins. Cependant, la tarification des actes au CHU Tokoin soulève des remarques pertinentes. Les prix sont fixés dans des conditions socio- politiques, sans aucun rapport avec les réalités des revenus des ménages et sans aucune négociation sociale , et sans aucune information.

Au CHU tous les actes sont devenus payants au moment où le pays traverse une crise économique persistante, aggravée par la crise politique impliquant la baisse de l'autorité de l'Etat. et des Responsables.

Les règles de la comptabilité publique fournissent une base pour la budgétisation. Elles permettent de vérifier que les dépenses ont été bien approuvées et de se prémunir contre l'utilisation des fonds sans autorisation.

Les ressources financières et recettes doivent être réparties de façon à satisfaire dans la mesure du possible les malades, ce qui nous amène à s'interroger sur le coût et utilisation des services de santé.

Si les frais d'hospitalisations des indigents s'élèvent à 39% (contre une subvention de 32%) ceux des fonctionnaires (part de l'Etat) s'élèvent à 30% des recettes émises et non recouvrées, soit un total de 69 % des créances.

Avec le Budget, Gestion 2001 on voit que la nouvelle direction s'engage à gagner la bataille malgré la crise qui perdure en plus de :

- la diminution des subventions,
- la diminution des activités du CHU,
- la diminution des aides, dons et legs.

En moins de 2 ans, le nombre des consultations est passé de 53 866 à 38 065, alors que la population a augmenté. Le taux d'occupations des lits de 33 % chute à 24%. Les prévisions de recettes internes passent quant à elles, de 1.390.189.128 F CFA à 1.119.791.193 F CFA avec un recouvrement seulement de 59.28%, soit 824.044.693 F CFA.

L'Etat togolais est encore doigté ; ses créances s'élèvent à 214.207.405 F CFA pour la seule année 2000. Les créances recouvrées restent toujours faibles.

Les recettes en net recul, sont devenues inquiétantes avec une diminution de plus de 15%. Non seulement l'Etat n'honore pas ses créances, mais il fait passer la subvention d'exploitation de 725.000.000 à 630.000.000 de 2000 à 2001, soit une diminution de 13 % au moment où la situation du CHU est financièrement très critique.

Les dépenses du fonctionnement du CHU Tokoin, l'Hôpital de Référence, qui ne saurait fermer ses portes s'élèvent à 2.081.163.600 F CFA contre seulement 73.000.000 d'investissement soit 3.39%.

Comment équilibrer ces dépenses, si les recettes restent faibles, sachant que la part des charges est incompressible ?

Pourquoi faire un budget total des dépenses, par exemple, prévision 2000 à 2.240.18.128 F cfa («2 milliards») pour des dépenses engagées au 31/12/00 à 10626.356.280 F , («1.6 milliards») avec un taux d'utilisation de crédit de 72.6% (« 70% ») ? Où sont les « 30% » (ou bien c'est simplement un problème de Trésorerie parce qu'on vit au jour le jour ? car partir de 2 milliard sachant qu'on encaisse 1.5 milliards, n'est-ce pas utopique ? en on va encore prévoir 2001 presque la même chose ?

Aussi en comparant les charges des personnels médicaux et non médicaux, c'est à dire salaires, charges sociales, primes et autres avantages qui sont de 925.228.071 F CFA en 1997 et passant à 930.000.000 en 2000 avec des dépenses engagées au 31/12/00 à 741.330.913, soit un taux d'utilisation de 79.71%, et pour une prévision de 2001 sont de 881.400.000, laisse voir que les choses non seulement ne changent pas beaucoup mais ne s'améliorent pas depuis 1993, malgré des dispositions administratives et financières qui changent plus ou moins avec les différents directeurs que connaît le CHU-Tokoin.

L'administration va mettre en route un système de rendement pour parer aux urgents: comptabilisation des charges par la comptabilité analytique, suivi d'un processus de contrôle.

Evolution des consultations et des hospitalisations de 1997 à 2001

PARAMETRES	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de consultations	81.748	52.566	45.315	38.065	55.812
Nombre de malades hospitalisés	21.062	16.580	15.315	13.988	20.152
Nombre de journées d'hospitalisation	248.235	127.337	147.306	100.665	267.014
Taux d'occupation (%)	54	38	37.26	24.3	33.51

Evolution des activités de laboratoires de 1997 à 2000

LABORATOIRES	MICROBIOLOGIE montant total de bilans effectués en F. CFA	BIOCHIMIE montant total de bilans effectués en F. CFA
ANNEE		
1997	149.083.440	111.955.800
1998	124.901.350	81.334.080
1999	86.256.270	37.691.460
2000	61.106.850	21.607.800

Structure des recettes de 1997 à 2000

	Du 01.01 au 31.10.1997		1998		1999		2000	
Désignation	Réalisation	Taux	Réalisation	Taux	Réalisation	Taux	Réalisation	Taux
Fonctionnaires	396.304.903	22.40	237.599.392	12.72	201.375.960	11.47	103.569.312	7.52
Indigents	359.906.300	20.35	363.732.950	19.47	277.836.800	15.82	50.685.665	3.68
Particuliers	128.500.185	7.26	88.191.456	4.72	93.775.796	6.34	81.183.172	5.90
Recettes au comptant	280.018.406	15.83	328.715.820	17.59	333.251.069	18.98	291.224.442	21.15
Subventions	604.166.700	34.16	850.000.000	45.50	850.000.000	48.40	850.000.000	61.74
TOTAL	1.768.896.464	100	1.868.239.618	100	1.756.239.625	100	1.376.662.600	100

Situation de la gestion de 1997 à 2000

1997		1998		1999		2000	
Recettes émises	Dépenses payées	Recettes émises	Dépenses Payées	Recettes émises	Dépenses payées	Recettes émises	Dépenses payées
1.768.896.494	- ? -	1.868.239.618	1.945.300.224	1.756.239.625	1.589.133.505	1.376.622.600	1.112.967.987

Estimation comparative budget global exercice 2000

POSTE BUDGETAIRE	POURCENTAGE
Charge salariale	41.51
Formation continue	0.18
Restauration	6.83
Pharmacie	13.85
Equipements	0.62
Entretien	4.25
Œuvres sociales	0.22
Recherche Scientifique	0.36
Charges sur gestion	10.62
Autres	21.56
TOTAL	100

La baisse de rendement de l'institution révèle les difficultés que le CHU-Tokoin a à remplir au quotidien la triple et noble mission de Soins de Santé, de Formation et de Recherche scientifique.

Les raisons qui sous-tendent la présente situation sont multiples et d'importance variée. On peut noter trois grandes causes :

Contexte socio-économique et politique du pays

Problème d'infrastructure

Problèmes de gestion des ressources

4.1.2- Problèmes posés par le coût des prestations :

La réduction de l'utilisation des services après l'introduction du recouvrement des coût dans le système de santé publique a été notée non seulement au CHU-Tokoin du Togo, mais un peu partout et par plusieurs auteurs.

Dans le district de Kabarole, en Ouganda, KIPP, KAMUGISHA, JACODS ont noté en général une réduction de 21,3% pour l'utilisation des services après introduction de recouvrement des coûts.

Au Swaziland, YODER a remarqué une réduction de 34% de l'utilisation des services après introduction du recouvrement des coûts. Au Ghana, WADDINGTON et ENYIMAYEM (13), ont noté dans le district Ashanti - Akim, que cette réduction après l'introduction du système de partage des coûts, atteint même 75%.

Cependant, d'autres études ont montré que la fréquentation des services de santé où le recouvrement des coûts a été introduit, est augmentée si les médicaments et les consommables sont disponibles pour les patients.

Malgré que d'autres facteurs comme les primes d'encouragement interviennent dans l'utilisation des services de santé après l'introduction du recouvrement des coûts, la mise à disposition de Kit pour le traitement des patients après qu'ils aient payés les frais peut augmenter substantiellement le taux de fréquentation des services [**AZYAKPINH**].

En effet, il nous semble qu'une sensibilisation de la population sur les mécanismes du recouvrement des coûts aurait été un bon moyen pour préparer les malades à accepter la tarification des actes et é adhérer à l'achat des prestations. Les médias d'Etat et les médias privés devraient être utilisées pour informer la population sur le système de recouvrement des coûts au CHU-T.

TABLERAU : Répartition des mouvements des malades hospitalisés en 2002
Par catégories

Nombre de malades hospitalisés au CHU-Tokoin par catégorie												
5 ^{ème} Cat	4 ^{ème} Cat.	3 ^{ème} Cat.	2 ^{ème} Cat	1 ^{ère} Cat	Hors Cat	Super Cat	84					
12.959	1.860	559	500	251	367							
MALADES GUERRIS												
11.875	1.652	418	445	235	361	84						
MALADES DECEDES												
403	82	24	50	09	5	00						
MALADES EVADES												
247	24	29	01	02	01	00						
MALADES RESTANTS AU 21/12/02												
434	102	88	04	05	00	00						
JOURNEES D'HOSPITALISATION												
78.622 j	21.066 j	12.816 j	8.952 j	871 j	4.331 j	679 j						

Ce tableau confirme que la plupart des malades se prenant en charge sont des indigents, ou sont à la 5^{ème} catégorie ; soit 78.622 jours d'hospitalisation contre seulement 679 jours pour ceux de la super catégorie, trop souvent pris en charge par l'Etat.

Au CHU-T, fréquenté à 90% par des personnes de conditions modestes, le paiement direct des prestations est inapproprié. Pour respecter l'équité dans les prestations de soins, le paiement direct des actes, induit par respecter l'équité dans les prestations de soins, le paiement direct des actes, induit par le fractionnement des frais, devront s'appliquer à la classe sociale favorisée à la fortune, comme le préconisent THOMAS, KILLINGSWORTH et ACHARYA, un forfait devrait s'appliquer à la population à revenus limités et une gratuité des soins à la population démunie.

Pour le respect de l'équité dans les prestations, AUDIBERT et MATHONNAT suggèrent qu'il est nécessaires de mettre en place une structure cohérente des prix afin de faciliter une prise en charge efficace des malades. SHIEBER et MAEDA (10) ont, dans ce but développé une guide pour le financement des soins de santé dans le pays en développement.

WILLIS dans son étude, insiste sur le ciblage de la population avant de fixer les tarifs des actes afin de garantir la solidarité et l'équité. Une tarification, sans étude au préalable, entraîne comme conséquences l'exclusion de certains malades aux soins, comme l'ont démontré A. SENSO-OKYERE, ANUM, OSSEYI-AKOTO, l'auto - sélection des malades, une baisse de la fréquentation de la structure de soins et surtout l'automédication .

Dans notre étude, les personnes incluses dans l'enquête ont évoqué toutes ces conséquences. Ainsi, pour garantir l'équité dans les prestations de soins et pour permettre l'accessibilité des services par les malades, les critères de paiement des contributions et ceux d'exemption de paiement des actes doivent être adéquatement étudiés avant la mise en œuvre de toutes tarifications. Dans son travail, ABDELSELEM expose l'expérience de la Tunisie dans la couverture du risque maladie de la population démunie et à revenus limités. Dans ce pays, en dehors de régime d'assurance maladie, l'Etat à travers le Ministère des Affaires Sociales, gère deux régimes de couverture de risque maladie ; le premier couvre la population pauvre à qui la gratuité des soins et l'hospitalisation sont garanties, le second couvre la population ayant des revenus limités. Les critères d'éligibilité à ces régimes sont définis par le ministère des affaires sociales.

On peut objecter que le mécanisme de ciblage des populations démunies est souvent onéreux, difficiles à gérer et ne couvre par parfois les populations qui en ont le plus grand besoin. THOMAS, KILLINGS WORTH et ACHARYA ont montré comment cibler les populations les plus pauvres dans les conditions justes de marché, sans avoir recours à des plans d'identification onéreux ; mais qui ont besoin de se soigner malgré leur bas revenu.

Tout est évident que pour le CHU-T, il n'y a pas mieux à faire pour réaliser une bonne rentabilité. Mais pour le pauvre malade qu'est devenu le Togolais, que peut-il faire que de mourir ou voir mourir ses enfants, conjoint ou parents, ses proches ? Il ne lui reste plus qu'à penser à un système de "mutualisation ou d'assurance maladie" qui serait un système de pré- paiement : ou mieux encore à notre Projet, « EGA » ou social-Ré !

4.2. Discussion des résultats obtenus

4.2.1- Discussion de l'enquête qualitative menée auprès des futurs bénéficiaires:

L'analyse des données, a par ailleurs, mis en évidence la perception des avantages (par exemple une bonne, efficace et rapide prise en charge des soins sans avoir à avancer directement ou personnellement les frais de santé primaires et modernes) que les futurs bénéficiaires peuvent tirer de leur adhésion et de leur participation à l'initiative qu'on leur propose.

Mais, des questions restent en suspens, auxquelles les gens veulent des réponses précises. Sur la base de toutes ces considérations, il serait bien indiqué de prendre certaines mesures et de poser des actes concrets.

D'abord, il est nécessaire de faire une étude plus approfondie dans tous les milieux socio- culturels (milieu urbain et milieu rural) pour mieux apprécier les conditions et les critères de faisabilité de l'initiative proposée. Cette évaluation initiale, de grande envergure permettra de détenir les données pertinentes et nécessaires sur :

- les caractéristiques socio-économiques, socio- culturel des membres des différentes communautés togolaises ;
- les besoins des populations togolaises en matière de prise en charge des problèmes de maladies ;
- les conditions d'adaptation du projet au niveau de vie des populations ;
- les suggestions et recommandations des futurs bénéficiaires en vue d'harmoniser les points de vue sur la question pour le bien des uns et des autres, cela pour une efficacité et une durabilité de l'action.

C'est un atout qui peut favoriser l'acceptation, l'adhésion et la participation au projet proposé. L'innovation apparaît comme une structure de partage des risques sociaux et répond à un besoin réel de la communauté, surtout en ce temps de crise au Togo avec son lot de difficultés de vie et de survie. C'est pourquoi, les enquêtés semblent y trouver l'opportunité de pouvoir mettre en commun leurs ressources (périodiques, irrégulières et mensuelles, régulières) pour s'assurer des soins de santé, qui souvent leur sont financièrement inaccessibles. C'est ce désir qui sous-tend la volonté de la majorité des répondants, surtout que l'accès aux soins de santé, constitue un problème fondamental pour les citoyens démunis.

Pour y parvenir nous trouvons qu'il est nécessaire d'organiser des séances de sensibilisation, d'information et d'explication, en impliquant et en interpellant les populations togolaises (de toutes catégories sociales et de tous les niveaux) avec l'aide des persuadeurs de villages, des persuadeurs sociaux qui sont censés savoir et pouvoir mobiliser leurs concitoyens.

4.2.2- Autres considérations face aux nombreux défis de notre siècle

Un Etat peut se définir par son système de santé. Dans les pays en développement, il y a un lien particulièrement étroit entre la santé et le développement : la santé permet le développement social et économique qui, à son tour, favorise la santé. Cependant, les gouvernements n'ayant pas réussi à assurer un accès équitable aux services de santé, il y a eu élargissement du fossé entre les riches et les démunis, accentuation de la pauvreté, entrave à la croissance et fragmentation des sociétés.

Les dépenses de santé supportées par les particuliers comptent pour plus de 40% des dépenses totales de santé en Afrique, pendant que les dépenses de l'Etat qui sont largement financées par les taxes sur les importations et les ventes ainsi que par l'impôt sur les revenus comptent pour environ 37%. Une grande partie des financements des bailleurs de fonds sert à alimenter les budgets d'équipement ou de développement plutôt qu'à aider au financement des dépenses d'exploitation courantes telles que salaires, médicaments, et entretien. Ce qui souligne l'importance de réorienter la collecte et la rétention des recettes à des niveaux très bas de prestation des services de santé.

Au total, l'accessibilité géographique des formations sanitaires est manifestement l'un des obstacles à l'utilisation des services de santé au Togo. Mais la qualité des soins est également un autre obstacle.

Au CHU-Tokoin de Lomé comme dans la plupart des Etablissements publics de soins les utilisateurs sont amenés à payer les prestations. Alors beaucoup ont compris que la santé a un coût auquel chaque malade doit participer : « Payer pour avoir des soins médicaux ». Mais, combien payer ? Quand payer ? Où et comment arriver à payer si on a très peu de revenus ? Sur les 1200 enquêtés presque 80% sont prêts à payer 500F CFA par mois pour garantir leurs soins médicaux : C'est l'autofinancement des soins !

Malgré l'entraide et la Solidarité innées ou socio-culturelles et traditionnelles des Africains, il est temps de reconnaître que TOUT A UN PRIX !

Car dans la vie, tout se paie ; tout a, non seulement un coût, mais un prix !

Dans les systèmes de santé en PED, les populations sont éduquées à la gratuité des soins par la colonisation.

Comment peut-on dire avec un déficit permanent, une baisse sans précédent d'occupations des lits, une chute des recettes, un recouvrement défectueux, un désintéressement notoire de la chose publique, une crise économique et une dégradation sanitaire sans précédent, que « la Santé publique n'est pas malade de sa gestion » ?

La logique financière ne s'applique t-elle pas par le caractère "capital using " du progrès médical ?

Pour accroître le recouvrement de ses créances, le CHU-Tokoin de Lomé, doit clairement identifier les facteurs intervenants dans ce recouvrement qui sont :

- La taille de la population,
- La capacité à payer, (D.A.P.),
- L'information, l'éducation, la communication, l'"I.E.C" (assurances / salaires réguliers / prestations de soins / accueil des malades).

Dès lors que les faux indigents sont conscientisés, ils vont promouvoir l'idée de la DAP

disposition-à-payer, pour être soignés. Car chez le "Vaudou"(fétiches), guérisseur, l'africain fait des sacrifices en nature. Cela constitue parfois des dépenses plus onéreuses que celles de l'hôpital.

Le rôle que peut jouer le financement communautaire pour améliorer les structures de soins est bien reconnu. Cependant ce financement communautaire est rarement structuré comme une véritable assurance-maladie. Ce partage des risques constitue une micro-assurance, ou une disposition -à- payer : les gens sont prêts à sacrifier une bonne partie de leurs revenus, minimum soient ils, pour leur santé.

La qualité de soins, la qualité de vie à laquelle le Togolais aspire, par les offres du Centre Hospitalier doivent être souvent évaluées et améliorées.

L'évaluation traditionnelle des Systèmes de Santé va se baser sur l'analyse des coûts (Inputs) et des conséquences (Outputs) à partir de :

- 1°) Analyse de Minimisation des Coûts (qui va amener à adopter le programme le moins cher)
- 2°) Analyse Coût-Efficacité (c'est le choix d'un résultat ou d'un indicateur de programme)
- 3°) Analyse Coût- Bénéfice (sacrifice financier à consentir : DAP).
- 4°) Analyse Coût-Utilité (va chercher à évaluer l'espérance de vie et la qualité de vie).

Les structures de soins en PED en l'occurrence le CHU-Tokoin peut faire mettre sur pied des assurances communautaires, micro-assurances santé de D.A.P

L'analyse coût-bénéfice, semble être la plus puissante technique d'évaluation économique car non seulement, elle répond directement à des questions d'efficience allocative, mais a l'avantage de l'utilisation de la disposition à payer (DAP) des évolutions des programmes de santé.

Il faut avoir à l'esprit que bien que les différentes formes d'évaluations économiques mesurent et évaluent les coûts (inputs) et les conséquences (outputs) de façon différente, la forme d'analyse la plus adaptée dépend non seulement du problème posé mais essentiellement du cadre institutionnelle et de son influence du point de vue de l'analyste.

Et c'est là la difficulté, la paralysie du CHU-Tokoin de Lomé, embrigadé dans la structure administrative et organisationnelle par le système idéologique plus que sanitaire.

Il faut résolument un bilan économique prenant en compte les profits et les coûts socio-économiques de la maison toute entière. Il s'agit d'un tout autre bilan que celui qui se dégage quand on se contente d'additionner les bilans de chaque établissement industriel, pris individuellement. Dans cette "économie de la maison toute entière" des catégories comme l'éducation, l'apprentissage, la qualification, prennent une importance majeure.

Même si les chances qu'un pays profite de la Mondialisation, dépend d'abord de lui même, il ne faut pas oublier que l'efficacité des décisions politiques nationales prises aujourd'hui est limitée. Il faut donc à titre supplémentaire modeler la compétition économique mondiale pour que tous les intervenants aient les mêmes chances. Un ordre économique en rapport devra contribuer surtout à ce que certains pays ne profitent pas de la position puissante qu'ils détiennent dans la structure internationale pour en tirer des avantages économiques unilatéraux.

L'ordre actuel du commerce mondial dans le cadre de l'organisation mondiale du commerce a contribué à une résorption considérable des obstacles aux échanges, ce qui bénéficie à de nombreux pays en développement et en transformation.

Pour réussir dans le commerce, il faut produire; or pour bien produire il faut être en bonne santé, plaçant de facto cette dernière à la pointe du développement.

Le système est donc désormais confronté à l'impératif que constitue la maîtrise des dépenses. Celle-ci peut-être assurée par un renforcement de la cohérence du système par une amélioration de la qualité des soins et par une participation, non seulement financière mais aussi gestionnaire des usagers. Les dépenses de développement devraient être en grande partie réorientées sur la mise en place de moyens permettant une meilleure efficience du système, plutôt que sur la mise en œuvre d'activités nouvelles engendrant une croissance des charges récurrentes. "Gouverner, c'est choisir". A vouloir tout faire, l'idéologie du pouvoir central l'a conduit à s'accabler de charges alors que la sagesse politique aurait dû le conduire à un partage des tâches et des compétences. La solution des problèmes d'économie de santé sera donc liée à une évolution politique et surtout idéologique profonde susceptible de remettre en cause l'hégémonie du pouvoir central.

La croissance démographique associée à une augmentation de la consommation de soins, constitue une pression à laquelle les services publics devront répondre, par des solutions originales.

La répartition des tâches entre les divers types d'acteurs et en fonction des types d'action, des populations, des pathologies, paraît constituer une solution satisfaisante. Il faudrait pour cela qu'une politique de santé incite les services publics à conclure des partenariats avec d'autres acteurs existants ou potentiels.

Le profil sanitaire de la nation met en évidence l'impact de la carence en action préventive et éducative. L'évolution des comportements vis à vis de la santé, serait susceptible de modifier considérablement à la fois l'incidence des principales pathologies mais aussi l'importance et les modalités de recours aux services de santé. Le CHU-Tokoin se vide. Cette évolution n'a de chance de survivre que dans le cadre d'un développement social ouvert et non pas dans celui d'un paternalisme dispensé par un état central tout puissant.

Pour sauver la clientèle des structures de santé tel que le CHU-Tokoin, le raffinement du diagnostic doit laisser place à des items porteurs d'informations sur les interactions s'exerçant entre facteurs pathogènes, individus et fonctionnement social. Les paramètres qui ne sont jamais pris en compte dans nos structures de soins, au Togo et particulièrement au CHU.

Les lieux sur lesquels s'exercent la recherche, vont évidemment conditionner les résultats de celle-ci. C'est pourquoi à côté de l'analyse des profils de clientèles s'adressant aux divers types de services de santé, ce sont les pathologies ignorées ou négligées et les facteurs de tolérance ou de rejet qui reflètent un intérêt majeur. Cette analyse introduit aux concepts et aux attitudes du public et doit permettre de déterminer le champ d'intervention confié à celui-ci.

La communauté passe alors du côté de la "cible", à celui d'acteur, sinon d'auteur : les problèmes d'indigence et de recouvrement et le FINANCEMENT-GESTION trouveront des issues meilleures, si on veut sauver la population, voire même l'Hôpital. Car ne dit-on pas que : " SANS MALADES, PAS D'HOPITAL " ?

Sinon, l'idéal est de contracter une assurance-maladie, ou mieux encore, et compte tenu de bas revenus de la plupart des ménages, une « Réassurance Sociale », Social-Ré.

La théorie micro-économique, ou bien la théorie du bien-être (Welfare Theory), avec le modèle de la concurrence parfaite, qui est le point d'encrage indiscutable, est à la recherche de l'optimum. "L'analyse coût-bénéfice, par exemple, s'appuie sur le théorie économique du bien-être et tout se passe alors comme si 1F de plus présenterait la même valeur du point de vue de la collectivité, quel que soit, celui qui le reçoit" [**DRUMMOND**].

La micro-économie, qui étudie le financement d'une structure de santé par les ménages et les individus, ne peut, en Afrique aujourd'hui être appliquée que pour des villages ou dans de petites communes.

Pour l'innovation, la question est médico-économique d'emblée, au sens où interviennent, la Qualité De Vie (QDV) et les coûts, le plus souvent au cours du temps avec la nécessité de devoir gérer un suivi pouvant être très long.

Il faut se garder d'assimiler l'innovation au progrès, bien distinguer la véritable innovation de la fausse, éviter de céder à l'attrait de la nouveauté et interpréter avec prudence des évaluations médico-économiques souvent trop précoces et trop favorables.

Il apparaît que l'innovation thérapeutique devrait, chez le prescripteur comme chez l'évaluateur susciter d'avantage de réflexion critique que d'enthousiasme béat. Il peut-être aussi délétère pour la santé de nos patients d'en retarder l'usage en se focalisant sur ces dangers réels ou potentiels, que d'en précipiter ou d'en généraliser l'emploi en ne considérant que le surcroît d'efficacité apporté.

L'innovation mérite d'être souhaitée avec passion, en particulier lorsqu'elle semble correspondre à une demande de santé identifiée comme prioritaire.

Elle impose d'être évaluée sans parti pris et d'être utilisée avec discernement, sans extrapolation abusive à des patients qui ne l'a justifieraient pas.

Apprécier sans précipitation les conséquences sanitaires et économiques de l'innovation thérapeutique sur des données fiables et en partie indépendantes des firmes et des organismes payeurs doit être une préoccupation permanent des Autorités de santé [**BOUVENOT**]. Cependant les autorités doivent impliquer et faire participer chaque membre de la collectivité dans la prise en charge de la santé.

V- MISE EN PLACE D'UNE INITIATIVE DE REASSURANCE

POUR UNE MEILLEURE EQUITE DANS LES SERVICES DE SOINS DE SANTE

5.1. Alternative de mise en place

5.1.1- Renforcement de la Solidarité :

La solidarité est très limitée dans la mesure où il ne s'agit pas de partager les risques liés à la maladie (fonction d'assurance) mais plutôt de créer une épargne individuelle qui donnera droit à un prêt à rembourser.

Certaines caisses mutuelles de crédit proposent des plans d'épargne-santé, où le membre ne peut engager des dépenses de santé qu'à concurrence de sa propre épargne (sans prêt).

Vers une structure idéale d'autofinancement des soins de santé :

Au regard des avantages et limites que présentent les différentes institutions de prise en charge des dépenses de santé, une structure idéale d'autofinancement sanitaire au Togo doit se fonder sur les idées-forces telles que la non gratuité des soins, l'accessibilité financière et géographique, la volonté d'adhésion et la participation des bénéficiaires, une gestion efficace, la non restriction des risques à couvrir, la qualité des prestations, la création d'un cadre de confiance mutuelle et de renforcement de la solidarité.

L'entraide est, avec le respect de la personne humaine, l'une des valeurs de base des sociétés africaines traditionnelles.

Il est possible de distinguer les notions d'entraide et de solidarité : l'entraide repose sur le principe de réciprocité attendue de l'aide, tandis que la solidarité s'exprime plutôt envers les plus démunis, sans attendre une aide directe en retour de la part du bénéficiaire (la solidarité s'inscrit cependant au sein d'un système de droits et des obligations).

L'entraide s'exprime de diverses manières dans les sociétés africaines : entraide dans le travail, soutien financier, etc. L'individu ou la famille qui doit faire face à des dépenses inattendues – naissances, mariages, maladies, décès – s'adresse à la famille élargie. Souvent, cette forme d'entraide ou de solidarité s'étend à tous les membres du lignage ou du village.

Malgré les changements liés au modernisme, les manifestations de solidarité et d'entraide restent encore vivaces dans certaines communautés africaines. Ces valeurs peuvent valablement servir à bâtir un système de prévoyance sociale fondé sur le partage des risques. En se supportant mutuellement en cas de maladie, la cohésion se raffermi et s'enracine au sein de la communauté ; c'est un principe de bon voisinage qui permet aux populations de dépasser les clivages socioculturels pour construire un réseau de relations où chaque membre se sent protégé. L'absence d'un tel réseau expose les individus les plus vulnérables à un vide psychologique qui se manifeste par l'anxiété et la hantise.

Aujourd'hui, la plupart de nos hôpitaux sont remplis de malades non biologiques, mais de névrosés sociaux manquant tout simplement d'affection familiale ou sociale. Au nom des valeurs humaines et de l'éthique sociale, la création de réseaux prenant en compte la satisfaction des besoins de tous les citoyens sans discrimination est une nécessité pour le Togo où la majorité des habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté.

Compte tenu de l'enclavement de la plupart des zones, le rapprochement de ces réseaux de pris en charge des soins médicaux doit être minutieusement étudié pour augmenter le taux de fréquentation des structures sanitaires.

Au regard de l'analyse des différents systèmes de couverture des risques de santé présentés et la non-gratuité des soins, la prise en charge devant de plus en plus trop chère aux ménages togolais, il apparaît que la structure qui se prête mieux au contexte togolais est celle qui pourrait intégrer les principes mutualistes, ou la réassurance sociale.

En fait, les mutuelles sont des groupes créés spontanément par les membres d'une communauté qui, prenant conscience d'un problème spécifique, cherchent à mobiliser les énergies et ressources existantes pour apporter des changements dans leur vie quotidienne. Dans ces groupes, le ciment qui soude les membres est l'affinité sociologique c'est-à-dire l'héritage socioculturel qui fait naître une certaine cohésion sociale entre les membres.

Par ailleurs, il est important de souligner que la mobilisation des membres est un fait interne au groupe et s'appuie sur des persuadeurs sociaux qui sont des gens d'une probité morale reconnue et qui sont écoutés par les autres membres de la communauté.

Etant donné l'enjeu que représente une assurance sociale, toutes ces stratégies doivent être mises à profit pour faire naître la volonté d'adhésion et de participation des assurés potentiels. Ceci est vital pour la pérennité de la structure à mettre en place.

Au total, la structure qui pourrait assurer à la fois la prise en charge des malades et son autofinancement dans un contexte de paupérisation avancée est celle-là qui renforce la solidarité entre ses membres, crée la confiance mutuelle et développe le goût du partage des risques.

5.1.2- Non-restriction des risques à couvrir

Généralement, les structures d'assurance sélectionnent les risques à couvrir.

Mais il convient de souligner que la restriction des catégories de maladies à couvrir est un facteur limitant pour les assurés potentiels. Dans un contexte économico- financier difficile, la plupart des Togolais, en l'occurrence les pauvres, veulent tout contre rien. Ainsi, malgré les faibles cotisations individuelles, les membres désirent que leur mutuelle de santé couvre toutes les catégories de maladies (maladies simples et maladies compliquées).

Au cours des enquêtes, dans le cadre des assurances-maladies, il est souvent constaté que les enquêtés hésitent à se prononcer dès que le projet (assurance) présente une liste sélective de maladies à prendre en charge

A titre d'exemple, il y a des sociétés d'assurance qui excluent les cas d'intervention programmée (fibrome jeune, hernie jeune ...) sous prétexte que le patient assuré a suffisamment du temps pour se préparer financièrement avant de subir l'opération.

Un autre exemple est celui des malades du SIDA ; souvent, les sociétés d'assurance de la place déclarent ne pas couvrir cette maladie ou disent qu'elles ne couvrent que les frais liés au traitement des affections opportunistes du SIDA.

Dans les deux cas(interventions programmées et SIDA), cette sélection n'est pas de nature à favoriser l'adhésion massive des gens. Des témoignages faits au cours de certaines études d'assurance révèlent des réactions négatives de la part des enquêtés vis-à-vis de ces genres de sélection des maladies à couvrir.

Dans le cas d'assurance commerciale, la prise en charge de gros risque ne permettrait pas à l'entreprise de maximiser ses profits, et l'on comprend donc pourquoi ces gros risques ne sont pas pris en compte.

Mais lorsqu'il s'agit d'une assurance sociale où c'est la dimension humaine qui est plus visée, toute maladie qui peut porter atteinte à la santé de l'homme doit être prise en compte. Certes, la prise en charge des gros risques peut mettre en péril la viabilité de la structure ; mais il appartient aux initiateurs de cette structure de créer un réseau de partenariat permettant d'entrer en négociation avec les personnes, les organisations ou associations bienfaitrices pour mobiliser les ressources complémentaires nécessaires. Ce n'est qu'à ce prix qu'on peut réellement parler d'assurance sociale. Les négociations devraient faciliter par exemple la mise en place des kits.

5.1.3- Qualité des soins

Un des éléments qui poussent souvent les patients vers telle ou telle formation sanitaire est la qualité des prestations. Certains malades ayant des moyens financiers sont prêts à payer les dépenses de santé, seulement, ces personnes cherchent toujours à s'assurer du niveau de travail dont elles vont bénéficier.

Au Togo, les gens qualifient couramment le CHU-Tokoin de « *mouroir* » pour traduire l'inefficacité des soins qui y sont délivrés. Si l'on veut augmenter le taux de fréquentation des malades, cette mauvaise image doit être effacée de la conscience des malades. Avec la réduction des subventions de l'Etat, entraînant l'irrégularité du paiement des salaires au personnel qualifié et la pénurie des stocks de médicaments, on note de plus en plus une dégradation de la qualité des prestations dans les formations sanitaires publiques. La démotivation du personnel qualifié et l'insuffisance de matériels adéquats sont les principales causes de la diminution de la qualité des prestations : les agents qualifiés désertent souvent leur bureau au profit d'une pléthore d'agents non qualifiés (aides-soignants, gardes-malades...).

Une structure d'assurance dont l'objectif est de permettre aux gens d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé ne sera attrayante que si l'efficacité des prestations des agents de santé est garantie.

5.2. Question d'accessibilité et de viabilité

5.2.1- Etude de l'aspect financier

Les obstacles financiers constituent la principale raison de non-utilisation des services de santé, en particulier pour les soins curatifs. De nombreuses études ont mis en évidence, dans d'autres contextes, l'importance des obstacles financiers à l'utilisation des services de santé et ont observé que les foyers qui disposent d'un niveau de ressource plus élevé sont ceux qui utilisent le plus largement ces services.

La quasi-totalité des dépenses relatives aux soins considérés est prise en charge par les ménages eux-mêmes. Dans la plupart des cas, le financement des soins est assuré par le chef de ménage. Cependant, la mère assure aussi une bonne partie des coûts pour les enfants malades et pour ses propres soins.

Le financement basé sur le partage des risques et la solidarité existe, mais il est extrêmement modeste. Les systèmes traditionnels d'entraide ne fonctionnent plus tellement. Seulement, dans quelques cas, surtout pour les accouchements compliqués, on peut avoir recours aux tontines ou à d'autres associations caritatives.

Dans la plupart des zones rurales du Togo, beaucoup de personnes sont incapables de financer les soins de santé. Une enquête menée au Centre Hospitalier Préfectoral de Kpalimé relate les faits suivants :

« il y a des femmes césarisées qui passent cinq ou six mois au service gynéco-obstétrique parce que n'ayant pas encore trouvé les moyens pour rembourser les frais d'hospitalisation ou de pharmacie... Certaines sont laissées abandonnées dans les salles sans traitement après la césarienne, ce qui les oblige souvent à subir une seconde intervention chirurgicale parce que la plaie a atteint l'étape de suppuration par manque de soins appropriés »

(Source : BIDIWANA / Direction CHP de Kloto, 2005).

Comme nous pouvons le constater, beaucoup de familles indigentes se trouvent souvent dans l'incapacité de financer les soins de santé.

En clair, la création d'une structure de prise en charge des soins de santé apparaît donc comme une nécessité si l'on veut raffermir les liens sociaux.

- Accessibilité géographique

Parmi les raisons de non-utilisation des services de santé, figure l'accessibilité géographique. En effet, l'éloignement des structures sanitaires ne favorise pas l'utilisation accrue des services de santé. S'agissant surtout des accouchements, c'est l'éloignement qui constitue la principale cause de non-utilisation.

Pour résoudre ce problème, la création des Unités Socio-Sanitaires de Proximité (USSP) est une solution appropriée : il s'agit des dispensaires, des centres médico-sociaux (CMS) et des centres de santé.

De nos jours, dans les centres du Togo et surtout à Lomé, le problème de distance entre les patients et les formations sanitaire est en voie de résolution en raison de la mise en place des CMS et des cliniques privés qui pullulent.

Mais dans les milieux ruraux, le problème de distance est d'acuité, car il existe au Togo des localités où les malades doivent parcourir plusieurs kilomètres avant d'avoir accès à une formation sanitaire.

Dans ces zones, les caractéristiques géographiques ont un impact majeur sur l'utilisation des services de santé. Il est donc important de noter l'effet de la distance au CMS sur le niveau d'utilisation des soins curatifs chez les adultes lorsque le temps mis pour aller à la formation sanitaire est supérieur à une heure, de même pour les accouchements lorsque la maternité est située aussi à plus d'une heure de trajet ou à plus de 5km.

L'accessibilité géographique des formations sanitaires est manifestement l'un des obstacles à l'utilisation des services de santé au Togo. Mais la qualité des soins est également un autre obstacle.

5.2.2 -Accessibilité au projet

Toute personne qui adhère aux statuts et aux autres textes doit payer les droits d'adhésion et la part sociale et devient ainsi membre adhérent de EGA. L'accessibilité est facile et se choisie librement par le membre lui-même.

L'Institution accessible à tous est ouverte à toute personne qui accepte les statuts et le règlement intérieur, la politique de crédit et les autres textes de fonctionnement.

Délibérément comme la loi PARMEC l'autorise, EGA s'est beaucoup plus pensé aux Agents des professions libérales et aux commerçants mais aussi aux fonctionnaires de l'hôpital, proximité oblige. La loi PARMEC oblige à se limiter dans l'espace. Mais de façon générale c'est ouvert à tout le monde.

Depuis que la micro-finance a été identifiée comme un des moyens de promotion du développement à la base, les partenaires au développement ne cessent de s'y intéresser ; et c'est un juste choix. Généralement appelées SFD (Systèmes Financiers Décentralisés), ces institutions s'implantent fortement en Afrique subsaharienne.

Relayant ou remplaçant le financement classique, les Systèmes Financiers Décentralisés sont des initiatives privées et collectives et sont identifiés depuis quelques années à travers le monde comme un des outils de lutte contre la pauvreté frappant de plus en plus la majeure partie des populations d'Afrique.

Dans le souci constant d'assurer l'accès aux soins de santé à la couche la plus démunie de la population, les promoteurs ont eu cette initiative de mettre en place la mutuelle « EGA », la Réassurance Sociale Santé.

L'objet principal est, donc, la mobilisation des épargnes pour les soins médicaux, voire, primaires et essentiels dont la population à revenus faibles a tant besoin.

Les structures d'épargne et de crédit existant au Togo, par la loi n° 95-014 du 14 Juillet 1995 et le décret d'application n° 96-038 du 10 Avril 1996, l'accessibilité des bénéficiaires à EGA, la Ré-assurance Sociale Santé doit être ouverte surtout à la population des secteurs informels.

5.3. Etude de faisabilité et de viabilité du projet

Une étude de faisabilité comme toute autre, a été faite sur le terrain qui a consisté à faire une enquête auprès de la population de Lomé, des malades et accompagnateurs du CHU-Tokoin pour savoir leur besoin en matières de financement de leurs activités génératrices de revenus. C'est au cours de l'enquête et à la suite du dépouillement du questionnaire que les autres questions de choix des adhérents et des groupes cibles trouvent leurs réponses.

Au début, les Structures vivent des aides de partout : bailleurs, emprunts bancaires et autres dons et legs des membres autres personnes de bonne volonté. Surtout les membres fondateurs mettent beaucoup d'argent en prenant plusieurs parts sociales. Mais peu à peu avec les crédits octroyés aux membres avec intérêts la structure doit commencer à vivre sur ses propres ressources. C'est là qu'on parle de viabilité de l'institution. Et c'est une question de long terme.

On distingue généralement trois (3) sortes de viabilité : la viabilité opérationnelle, la viabilité financière et la viabilité du programme.

- Viabilité opérationnelle : ou l'autosuffisance opérationnelle. L'institution à un moment donné de sa vie doit pouvoir couvrir ses frais opérationnels c'est-à-dire : fonctionnement salaires et amortissement du matériel investi. Les bénéfices retirés des intérêts payés sur les remboursements du crédit doivent couvrir entièrement les autres frais engagés. Cela veut dire qu'il faut avoir plus d'adhérents sains.
- Viabilité financière : ou l'autosuffisance financière. C'est la deuxième étape après la viabilité opérationnelle. Ici il faut avoir en plus de l'argent propre pour supporter les frais de fonctionnement, de l'argent également pour les fonds de crédit. C'est-à-dire que les bénéfices suffisent par la régularité des paiements pour le bon fonctionnement de l'initiative : Santé pour tous !.
- Viabilité du programme : Ici, les deux conditions sont réunies. L'institution ne vit que de ses propres revenus. Pas de fonds de subvention extérieure ou d'un membre. Les intérêts perçus sur les crédits suffisent pour supporter tous les besoins en financement de la structure.

Selon la loi, toute structure doit tendre vers l'autosuffisance financière après un certain nombre d'année. Le nombre d'année n'est pas limité. Mais s'il y a faillite chronique sur deux ou trois ans la structure est prise sous administration du ministère des finances et de l'économie. Ainsi, la loi constitue le véritable support juridique du projet d'EGA.

Gestion efficace : Comme toute structure sociale et financière, la gestion efficace d'EGA reste l'unique garantie d'accessibilité, de fiabilité et de viabilité.

En général, toute structure d'assurance maladie est une organisation complexe dans la mesure où elle met en jeu l'intérêt d'une multitude d'individus provenant d'horizons divers. Elle représente une source de financement commune pour des catégories de personnes qui acceptent de se mettre ensemble pour partager des risques. Pour ce faire, la gestion d'une telle structure constitue souvent un problème épineux. Etant donné que la structure doit garantir sa propre pérennité, la gestion à mettre en place doit prendre en compte certaines mesures favorisant la rationalité et la transparence.

Ces dispositions sont fondamentales pour rassurer les membres et attirer la clientèle potentielle.

Par ailleurs, la structure doit s'efforcer d'éviter la lourdeur procédurale connue généralement pour les sociétés classiques d'assurance. Une gestion souple et efficace est également un élément d'attraction pour les clients.

5.4. Support juridique des micro-crédits : Texte de Loi et Décret d'application réglementant la mise en place de la "Ré-assurance Sociale Santé"

Le crédit étant la mise à disposition d'un membre souscrivant d'une somme d'argent ne lui appartenant pas et ceci dans l'intention de l'aider à réaliser son activité génératrice de revenus et par conséquent sa vie socio-économique.

Au Togo, les structures d'épargne et de crédit sont régies par la loi n° 95-014 du 14 Juillet 1995 et le décret d'application n° 96-038 du 10 Avril 1996.

Loi PARMEC : « Portant réglementation des institutions mutualistes ou coopératives d'épargne et de crédit exerçant leurs activités sur le territoire*, à leurs unions, fédérations ou confédérations. Pour exercer les activités d'épargne et/ou de crédit, les structures ou organisations visées demeurent régies :

- soit par les dispositions de la loi portant réglementation bancaire ;
- soit par les dispositions particulières convenues avec le Ministre.

Le recueil des textes (Projet de Loi-cadre / Projet de Décret d'application / Statuts types et Règlement intérieur type) se veut un instrument pratique à l'intention des personnes qui sont appelées à œuvrer dans le secteur des institutions mutualistes ou coopératives d'épargne et de crédit. Qu'on s'adonne à la promotion, à la mise en place ou au fonctionnement de telles institutions ou, encore, à la formation des membres et des personnes impliqués dans le milieu, le recueil de PARMEC constituera un véritable vade-mecum ».

[BCEAO / DCCSB : Projet d'Appui à la Réglementation des Mutuelles d'Epargne et de Crédit –/ UMOA – Dakar le 7 avril 1994]

La nature des entrées et des sorties de EGA, La Ré-assurance Santé (initiative basée sur les recommandations du), n'étant pas conforme à celle des autres formes d'activités, l'appréciation des produits et des charges doit se faire de façon spécifique afin de respecter les normes d'institution d'épargne et préserver l'esprit coopératif ou mutualiste.

Etant dit que notre objectif principal est la protection des dépôts ou épargnes, la politique de crédit-santé doit respecter certaines normes afin d'éviter la mise en souffrance de toute la structure qui se veut d'être idéale, accessible.

Il est à noter que cette initiative ne doit pas s'écarter de la politique générale définie et adoptée par la mutuelle EGA, tout en se basant sur les textes législatifs et réglementaires de la loi n° 95-014 du 14 juillet 1995 et du Décret n° 96-038 du 10 avril 1996 de la République Togolaise, Ministère de l'Economie, des Finances et des Privatisations. Toutefois, il est important de signaler que la loi PARMEC type loi n° 95-014 du 14 juillet 1995 ne régie pas l'assurance santé. Elle ne régie que l'épargne et crédit en monnaie. Cependant, toutes nos informations confirment qu'un autre type de loi appropriée est actuellement à l'étude par la BCEAO.

5.5. Projet de Statuts de la ré-assurance sociale santé (R2S) , ‘EGA’

STATUTS de la REASSURANCE SOCIALE SANTE (R.2.S. dite « EGA »)

Préambule :

Dans le souci de venir au secours des opérateurs économiques et des ménages exclus du système classique bancaire ainsi que des commerçants et commerçantes du système informel Conscients de l'indéniable importance et du potentiel de l'épargne pour le développement des activités lucratives de nos populations,

Conscients de la nécessité du micro financement des activités plus ou moins informelles des populations à la base pour une meilleure auto prise en charge,

Soucieux d'un meilleur devenir socio-économique des habitants du quartier Tokoin du peuple togolais, les promoteurs de la présente coopérative ont convenu d'offrir leur assistance technique, financière et psychologique aux populations adhérentes en vue de contribuer à leur accès aux soins de santé à moindre coût.

TITRE I : CONSTITUTION- DENOMINATION- SIEGE SOCIAL- DUREE

Article 1^{er} : Constitution

Les membres initiateurs, fondateurs dont les noms figurent au procès-verbal de l'assemblée générale constitutive, constituent et avec ceux qui y adhéreront, une société coopérative à capital variable sans but lucratif régie par la loi N 95 – 014 du 14 juillet 1995 portant réglementation des institutions mutualistes ou coopératives d'épargne et de crédit, par le décret d'application n 96-038 du 10 avril 1996 de ladite loi et les présents statuts.

Article 2 : Dénomination sociale

Alinéa 1 : La société a pour nom : Réassurance Sociale Santé « **EGA** » **qui veut dire selon la phonétique, “ARGENT” ou “GUERI”** en Ewé, dialecte le plus répandu au Sud du Togo (« *la santé est un objet marchand* ») Cette dichotomie linguistique locale explique bien la relation fonctionnelle qui existe désormais entre l'Argent et la santé physique. Qui a les moyens financiers peut avoir la bonne santé.

Alinéa 2 : Le sigle de la Mutuelle- société est **E.G.A.**

Article 3 : Siège social et zone d'intervention

Le siège social de **EGA** est fixé à Lomé, B.P. 1439. Il peut être transféré en tout autre lieu à Lomé par décision du conseil d'administration et entériné par l'assemblée générale.

La zone d'intervention est la commune de Lomé et ses environs

Article 4 : Durée

La Réassurance Sociale Santé « EGA » est créée pour une durée de quatre vingt dix neuf (99) ans pour compter de la date de son enregistrement sauf prorogation ou dissolution anticipée.

TITRE II : LIEN COMMUN- BUT- OBJECTIFS- MOYENS D'ACTION

Article 5 : Lien commun

Les membres de **EGA** ont pour lien commun, les objectifs de la coopérative, à savoir l'appui aux membres à travers le financement ou la cotisation régulière et la promotion de soins médicaux. L'entraide, l'assistance et la solidarité.

Article 6 : But

La Réassurance Sociale Santé, **EGA** a un but, “ *l'Accès facile aux soins de santé* ”

Article 7 : Objectifs

EGA a pour objet :

- De collecter l'épargne, sorte de pré-paiement des actes de soins de ses membres
- De fournir des prestations de service en matière de la santé à ses membres
- De promouvoir l'éducation sanitaire et sociale, culturelle et économique de ses membres
- De collaborer avec les ONG de développement

Article 8 : Moyens d'action

La Réassurance Sociale Santé **EGA** est régie par les principes de la coopération et est soumise aux règles d'actions suivantes :

L'adhésion des membres est libre et volontaire.

Le fonctionnement est démocratique

Le nombre de membres n'est pas limité

Les actions visant l'éducation sanitaire, et socio-culturelle des membres sont privilégiées

Le vote par procuration n'est autorisé que dans des cas exceptionnels et dans les limites prévues par le règlement intérieur

La constitution d'une réserve générale est obligatoire

TITRE III : MEMBRES

Article 9 : Catégorie de membres

-Membre Fondateur

-Membre Ordinaire ou Actif

Article 10 : Adhésion

Alinéa 1 : Membre Ordinaire ou Actif.

Peut être membre de **EGA** outre les membres fondateurs et les membres tontine, toute personne physique ou morale qui :

Partage les objectifs de l'institution tels que définis à l'Article 7

S'engage à respecter les statuts et les règlements de l'institution

Jouit de ses droits civils

S'acquitte du droit d'adhésion

Alinéa 2 : Membre Fondateur

Est membre fondateur, toute personne physique ou morale, ayant payé les droits d'adhésion et ayant contribué activement à la création et à la mise en place de la présente coopérative.

Le membre fondateur peut souscrire à plusieurs parts sociales.

Article 11 : Perte de qualité de membre

La qualité de membre se perd de deux manières

-Volontairement

-Involontairement

Alinéa 1 : la perte volontaire de qualité de membre se fait par démission donnée dans les conditions prévues par le règlement intérieur.

Alinéa 2 : la perte involontaire de la qualité de membre se fait par décès, ou dissolution, ou par exclusion temporaire ou définitive prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 12 : Apurement du solde

La perte de la qualité de membre telle que mentionnée à l'article 11 donne lieu à l'apurement du solde de ses créances et dettes à l'égard de **EGA**.

Article 13 : Suspension et exclusion

Alinéa 1 : un membre, excepté « sa famille enregistrée », peut être suspendu ou exclu par le conseil d'administration dans les cas suivants :

S'il ne respecte pas les statuts et le règlement intérieur de **EGA**

S'il n'honore plus ses engagements individuels envers **EGA**, mais seulement ceux de sa famille

S'il pose des actes ou adopte des comportements dont la gravité est de nature à porter atteinte à la réputation et/ou à l'avenir de **EGA**

Alinéa 2 : Toute suspension ou exclusion d'un membre par le Conseil d'Administration (C.A) doit être motivée et elle prend effet à compter de la date de la décision.

Alinéa 3 : La suspension d'un membre, ne peut lui faire perdre sa qualité de membre

Alinéa 4 : le membre suspendu, exclu ou dont la démission a pris effet, perd le droit d'être convoqué aux assemblées de **EGA**, d'y assister, d'y voter et d'exercer toute fonction directe ou indirecte au sein de **EGA**

Alinéa 5 : La décision faisant l'objet de la suspension ou de l'exclusion, doit être transmise par écrit au membre concerné, ainsi qu'au reste de sa famille au plus tard dans les quinze (15) jours suivant la date à laquelle elle est prise.

Article 14 : Responsabilité des membres

Chaque membre est responsable des obligations de **EGA** jusqu'à concurrence du montant de sa part sociale de cotisation.

Le membre qui démissionne ou est exclu demeure responsable pendant deux (02) ans envers les membres et envers les tiers, des engagements existants au jour où sa démission ou son exclusion devient effective.

Article 15 : Droits des membres

Alinéa 1 : Chaque membre a le droit de :

Participer aux assemblées générales avec droit de vote

Se porter candidat aux divers postes de membres des organes de la coopérative

Ouvrer activement à la pleine réalisation des objectifs de **EGA**

Alinéa 2 : Le membre a droit à la prise en charge des soins de santé par EGA:

Inscrire les membres directs de sa famille

Se faire rembourser les soins élémentaires (selon les bases établies par EGA dans le règlement intérieur)

Article 16 : Devoirs des membres

Tout membre de **EGA** a le devoir de :

Respecter les statuts et le règlement intérieur

Se conformer aux décisions de l'assemblée générale, du conseil d'administration et de tous les organes de **EGA**

Participer aux assemblées générales

TITRE IV : CAPITAL SOCIAL

Article 17 : Composition et caractéristiques

Alinéa 1 : Le capital social de **EGA** est constitué de s cotisations intégralement libérées dont la valeur nominale est de mille francs CFA (1 000 F.CFA) chacune et par mois.

Alinéa 2 : Les parts sociales sont nominatives, et « **familiales** », non négociables et non saisissables par les tiers. Elles ne sont remboursables aux membres démissionnaires ou exclus, ou aux ayant-droits des membres décédés, qu'après apurement du solde des créances et des dettes à l'égard de **EGA** dans le délai et selon l'ordre de priorité prescrit par le règlement intérieur.

Article 18 : Variation du capital social

Le capital social peut augmenter avec l'adhésion de nouveaux membres, l'exigence des de soins nouvelles parts sociales ou l'augmentation de la valeur nominale de la cotisation sociale après décision argumentée et approuvée par l'AG. Il peut être diminué par suite de démission, de décès ou d'exclusion des membres.

TITRE V : ORGANES – FONCTIONNEMENT

Article 19 : Les organes de R2S, « **EGA** » sont :

L'Assemblée Générale (AG)

Le Conseil d'Administration (CA)

La Direction Exécutive (DE)

Le Comité de Crédit de Soins de Santé (CCSS)

Le Comité de Contrôle Surveillance (CS)

Article 20 : Assemblée Générale (AG)

Alinéa 1 : Composition

Elle est constituée de tous les membres de **EGA** convoqués et réunis à cette fin.

C'est l'organe suprême de la Réassurance Sociale Santé, « **EGA** ».

Alinéa 2 : Attributions

L'A.G a pour principales attributions :

Elire les membres des organes

Modifier les statuts et le règlement intérieur

S'assurer de la saine administration et du bon fonctionnement de **EGA**

Créer des réserves facultatives ou tous fonds spécifiques, notamment un fonds de garantie

Approuver les comptes et statuer sur l'affectation des ressources

Traiter de toutes autres questions relatives à l'administration et au fonctionnement de **EGA**

Prévoir la tenue d'assemblées de secteur selon les modalités définies dans le règlement intérieur

Alinéa 3 : Convocation

L'assemblée générale est convoquée par le conseil d'administration en sessions ordinaires à la fin de chaque exercice social ou dans les six mois qui suivront.

Le CA établit l'ordre du jour de l'assemblée.

A titre extraordinaire, l'A.G est convoquée soit :

- Sur demande du comité de contrôle surveillance accompagnée d'un bref exposé de motifs
- Sur requête du C.A

L'avis de convocation doit être adressé à tous les membres quinze (15) jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'A.G.

L'avis doit contenir l'indication du lieu, de la date et de l'heure de l'AG ainsi que les questions inscrites à l'ordre du jour.

Alinéa 4 : Quorum

L'Assemblée Générale ne peut délibérer valablement que lorsque les deux-tiers (2/3) au moins de ses membres sont présents ou représentés.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, l'assemblée est ajournée. Une deuxième réunion peut être convoquée.

A cette réunion, les membres présents constituent le quorum et seules les questions inscrites à l'ordre du jour de la première réunion peuvent y être débattues.

Alinéa 5 : Délégation de pouvoirs

A l'exclusion des dispositions relatives aux modifications des statuts, à l'élection des membres des organes, à l'approbation des comptes et à l'affectation des résultats, l'assemblée générale peut déléguer certains de ses pouvoirs au C.A.

Alinéa 6 : Représentation

Un membre de **EGA** ne peut se faire représenter à une A.G que dans les limites prévues par le règlement intérieur.

Alinéa 7 : Vote

- Tout membre n'a droit qu'à une seule voix. Le vote se déroule au scrutin secret uninominal à un (1) tour.

Les décisions sont prises à la majorité des voix exprimées par les membres présents ou dûment représentés. En cas de partage des voix, le président de l'assemblée a voix prépondérante.

Le Président de l'AG a de même voix prépondérante lors de l'élection des membres des organes

Article 21 : Conseil d'Administration – Comité de Contrôle Surveillance

A/ Dispositions communes

Alinéa 1 : Mandat des membres

Le mandat des membres du C.A et du C.S est de trois (03) ans renouvelables une (01) fois.

Alinéa 2 : Conditions d'éligibilité

Ne peut être élu membre de l'un de ces organes de **R2S** qu'un membre de cette dernière. Il doit remplir les conditions suivantes :

Etre d'une bonne moralité

N'avoir jamais été condamné à une peine d'emprisonnement par suite d'infractions portant atteinte aux biens ou pour crimes de sang.

Etre de nationalité togolaise

Alinéa 3 : Responsabilité des membres

Les membres des organes sont pécuniairement responsables, individuellement ou solidairement, des fautes commises dans l'exercice de leurs fonctions.

Même après l'expiration de son mandat, un membre d'organe demeure en fonction jusqu'à ce qu'il soit réélu ou remplacé.

Alinéa 4 : Démission, suspension, destitution

- Tout membre d'organe peut démissionner de ses fonctions et doit notifier cela par écrit à l'organe dont il est membre. La démission ne devient effective qu'à compter de la date où elle est entérinée par l'organe indiqué.

- Un membre d'un organe peut être suspendu ou destitué pour faute grave, notamment pour violation des prescriptions légales, réglementaires ou statutaires. Il ne peut être destitué que par l'A.G

- La suspension du membre n'entraîne la perte de ce droit que pour la durée de cette suspension qui ne peut excéder six (06) mois.

- La destitution d'un membre entraîne la perte du droit d'exercer toute fonction au sein de EGA pendant une période de six (06) ans.

- Un membre d'organe ne peut être destitué lors d'une A.G extraordinaire que s'il a été informé, par écrit dans le délai prévu pour la convocation de celle-ci, des motifs invoqués pour sa destitution ainsi que du lieu, de la date et de l'heure de l'assemblée.

Alinéa 5 : Vacance au sein d'un organe

- En cas de vacance d'un poste au sein d'un organe, sauf pour une vacance survenant à la suite d'une destitution, les membres de l'organe concerné, peuvent nommer un remplaçant pour la durée non écoulée du mandat. Cette nomination doit être entérinée par l'A.G. Toutefois, si aucune action n'est entreprise avant l'A.G suivante, celle-ci peut alors décider de pourvoir le poste vacant.

- Lorsque la vacance d'un poste survient à la suite de la destitution d'un membre d'un organe, il peut être prévu le remplacement de ce membre lors de l'A.G où la destitution a lieu si l'avis de convocation à cette assemblée mentionne la possibilité de l'organisation d'une telle élection.

Alinéa 6 : Gratuité de la fonction

Les fonctions exercées par les membres au sein des organes ne sont pas rémunérées.

Toutefois, les frais engagés par les membres d'un organe dans l'exercice de leurs fonctions peuvent leur être remboursés dans les conditions fixées par l'A.G.

Alinéa 7 : Quorum

Le quorum requis pour les réunions des organes est la majorité simple de leurs membres.

Alinéa 8 : Décisions

Les décisions des organes sont prises à la majorité simple des voix exprimées par les membres présents. En cas de partage des voix, le président de la réunion a voix prépondérante.

Alinéa 9: Résolution

Les résolutions écrites, signées par tous les membres d'un organe habilité à voter ces résolutions, ont la même valeur que si elles avaient été adoptées au cours d'une réunion. Ces résolutions sont conservées avec les procès verbaux des délibérations.

B/ Dispositions spécifiques Conseil d'Administration

Alinéa 1 : Attributions

Le CA a pour charge :

De définir la politique générale

De veiller au fonctionnement et à la bonne gestion
 D'assumer le respect des prescriptions légales, réglementaires et statutaires
 De veiller à ce que les taux d'intérêt applicables se situent dans la limite des plafonds fixés par la loi sur l'usure
 De favoriser une solution à l'amiable des différends que peuvent lui soumettre ses membres
 De rendre compte périodiquement de son mandat à l'A.G dans les conditions fixées par les statuts et le règlement intérieur
 De mettre en application les décisions de l'A.G.
 D'agir en toute circonstance au nom de la coopérative
 De fixer les modalités et le montant de la rémunération du personnel salarié.

Alinéa 2 : Composition

- Le C.A est composé de sept (07) membres élus par l'A.G parmi les membres de **EGA**
- L'exercice de cette fonction est incompatible avec celui des fonctions de membre du comité de crédit ou du comité de surveillance de **EGA**.

Alinéa 3 : Réunion du C.A

Le C.A se réunit sur convocation du président ou des 2/3 tiers des administrateurs. Les convocations sont adressées par écrit au moins sept (07) jours avant la date fixée pour la tenue de la réunion avec mention du lieu, de la date, de l'heure de la réunion et des points inscrits à l'ordre du jour.

C/ Dispositions spécifiques au Comité de Surveillance

Alinéa 1 : Rôle

Le conseil de surveillance est chargé de la surveillance de la régularité des opérations de EGA et du contrôle de la gestion.

Il doit s'assurer notamment :

- Qu'il est procédé à la vérification de l'encaisse et des autres éléments de l'actif,
- Que les opérations de **EGA** sont effectuées conformément aux dispositions réglementaires,
- Que **EGA** se soumet aux instructions prises en vertu de la loi N 95-014 et de son décret d'application N 96- 038 du 10 avril 1996.
- Que l'administration et la gestion font régulièrement l'objet d'un audit interne.
- Que les règles de déontologie sont respectées.

Alinéa 2 : Plainte des membres et règlement de litiges

Le conseil a en outre pour fonction de recevoir les plaintes des membres, de les examiner après avoir entendu les parties concernées, de les soumettre au cas échéant aux autres organes de **EGA** et de répondre au plaignant.

Alinéa 3 : Pouvoirs

Le CC est habilité à entreprendre toute vérification ou inspection des comptes, des livres et opérations de **EGA**. Il peut demander la constitution de toutes provisions nécessaires sur les créances. Pour l'exercice de cette mission, il peut faire appel à tout expert et a accès à toutes pièces ou renseignements qu'il juge utiles.

Alinéa 4 : Composition

Le C.S se compose de trois (03) membres élus par l'A.G parmi les membres de **EGA**.

Ne peuvent faire partie du C.S :

- Les membres du C.A et du C.C.
- Les personnes recevant sous une forme quelconque, un salaire ou une rémunération de **EGA**, de ses structures.

Alinéa 5 : Obligations

- Le C.S est tenu d'aviser par écrit le C.A de tout manquant constaté dans le fonctionnement ;
- Le C.S convoque une A.G. extraordinaire lorsqu'il estime que le C.A tarde à prendre les mesures qu'appelle la situation.

Alinéa 6 : Rapport d'activités

A la fin de l'exercice social de **EGA**, le C.S transmet son rapport d'activités au C.A et le présente lors de l'A.G annuelle.

TITRE VI : DIRECTION EXECUTIVE OU GERANCE ET DIRIGEANTS

Article 22 : Direction exécutive ou Gérance

Alinéa 1 : le Conseil d'Administration nomme un Directeur Exécutif qu'il choisit parmi les membres de la Réassurance Sociale Santé, «**EGA**».

Alinéa 2 : Le Directeur Exécutif exerce ses fonctions sous l'autorité du C.A.

Ses pouvoirs et devoirs sont déterminés par le règlement intérieur de **EGA**.

Alinéa 3 : le C.A détermine la rémunération du Directeur Exécutif.

Article 23 : Dirigeants

Alinéa 1 : Les dirigeants de **EGA** sont les personnes exerçant des fonctions de direction, d'administration, de contrôle ou de direction. Ils sont les mandataires de **EGA**.

Alinéa 2 : Secret professionnel

Les dirigeants sont astreints au secret professionnel. Ils ne peuvent communiquer des renseignements sur **EGA** ou ses membres que dans les limites fixées par le règlement intérieur.

Alinéa 3 : Conflits d'intérêt

- Sous peine d'être destitué de ses fonctions et sans préjudice de tous autres recours ou sanctions, un dirigeant ne peut se prononcer sur un dossier de prise en charge qui le concerne et qui concerne une personne à laquelle il est lié, ni assister aux délibérations d'une réunion ou participer aux décisions qui s'y rapportent.

TITRE VII : DISPOSITIONS FINANCIERES

Article 24 : Exercice social

L'exercice social de **EGA** court du 1er janvier au 31 décembre.

Article 25 : Rapport annuel

- **EGA** doit au terme de son exercice social, présenter un rapport annuel de ses activités avec en ajout, les états financiers approuvés par l'AG et établis selon les normes usuelles du secteur.

-Les rapports et états financiers sont communiqués au Ministre dans un délai de six (06) mois suivant la clôture de l'exercice social.

-Les rapports et états de santé des membres à la Direction Générale de la Santé.

Article 26 : Vérification et contrôle

Les opérations de **EGA** font l'objet d'une vérification au moins une fois par an par un commissaire aux comptes nommé par l'AG ; assisté de 2 médecins experts (1 désigné par l'AG et 1 par le Ministère de la Santé).

Le commissaire aux comptes a accès aux livres et aux documents financiers et comptables ainsi qu'aux pièces justificatives en tout temps et il a le droit d'exiger du conseil d'Administration et des employés de **EGA** tout document ou renseignement qu'il juge utile pour l'exercice de ses fonctions. Il peut convoquer toute réunion des organes de **EGA** pour leur présenter ou leur expliquer son rapport.

Article 27 : Rapport sur les anomalies constatées

Les anomalies constatées doivent faire l'objet d'un rapport assortie de recommandations, adressées au CA de **EGA** dans les trente (30) jours qui suivent sa production.

Article 28 : Réserve générale

EGA est tenue de constituer une réserve générale. La réserve générale est alimentée chaque année par un prélèvement de 15% sur les excédents avant ristourne et après imputation éventuelle de tout report à nouveau déficitaire. Les sommes ainsi mises en réserves ne peuvent être partagées entre les membres de **EGA**.

Article 29 : Maximum de risques

Les risques portés par **EGA** ne peuvent excéder le double des dépôts de l'ensemble des membres.

Article 30 : Couverture des emplois à long et moyen termes

EGA doit être en mesure de couvrir à tout moment ses emplois à long et moyen termes, par ses ressources stables.

Article 31 : Maximum des risques sur un seul membre

Alinéa 1 : **EGA** ne peut prendre, sur un seul membre, des risques pour un montant excédant 10% des dépôts dans sa trésorerie pour couvrir les frais médicaux à long et moyen terme d'aucun de ses membres.

Alinéa 2 : Dans le cadre de la solidarité, **EGA** peut au secours d'un de ses membre, se permettre de demander des *Participations de Solidarité* à chaque membre, à l'Etat et/ou aux ONG, leur concours dans des situations reconnues exceptionnelles par le Conseil d'Administration, voire par l'Etat.

Article 32 : Liquidité

L'ensemble des valeurs disponibles, réalisables et mobilisables à court terme de **EGA** doit représenter en permanence, au moins 80% de l'ensemble de son passif exigible et de l'encours de ses engagements par signature à court terme.

TITRE VIII : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 33 : Dissolution

La dissolution de **EGA** est décidée à la majorité des $\frac{3}{4}$ des membres réunis en AG. Extraordinaire. Elle intervient dans les cas suivants :

Si le nombre de membre devient inférieur au nombre minimum de vingt (20)

Si **EGA** n'a exercé aucune activité régulière pendant la durée d'un exercice social

Si **EGA** a omis, pendant deux (02) années consécutives, de tenir l'assemblée annuelle de ses membres et de produire son rapport annuel.

Article 34 : Liquidation

La décision de dissolution entraîne la liquidation de **EGA**. Elle doit être assortie de la nomination d'un ou plusieurs liquidateurs par **EGA**.

Article 35 : Affectation de l'excédent

- A la clôture de la liquidation, lorsqu'il subsiste un excédent, l'AG peut décider de l'affecter au remboursement des parts sociales des membres
- Le solde éventuellement disponible après cette opération est dévolu à une ONG d'intérêt social ou humanitaire.

Article 36 : Livres et registres

Le règlement détermine le contenu des registres que tient **EGA** à son siège social de même que les conditions d'accès des membres aux livres et documents de **EGA**

Article 37 : Règlement Intérieur (R.I.)

Les modalités de fonctionnement et de gestion de **EGA** sont déterminées dans le règlement intérieur adopté par le C.A et approuvé par l'A.G.

Article 38 : Dépôt et modification de statuts

Les présents statuts sont établis en dix (10) exemplaires, dont trois (3) déposés au Greffe du Tribunal de Lomé.

Toute modification des statuts doit être adoptée par la majorité des 2/3 des membres présents et votant au cours de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Les nouveaux statuts modifiés doivent être déposés au Greffe du Tribunal et faire l'objet d'une déclaration écrite au Ministre de tutelle dans un délai d'un mois à compter de la date de l'Assemblée Générale Extraordinaire ayant statué sur ces modifications.

Article 39 : Adoption des statuts et entrée en vigueur

Les présents statuts ont été adoptés par l'assemblée générale constitutive de **la Réassurance Sociale Santé (R2S) « EGA »** tenue à Lomé, le.....

Ils entrent en vigueur à compter du.....

ADOPTES A LOME LE :

L'ASSEMBLEE GENERALE

*Ce projet de statuts en référence à la loi N° 95 – 014 du 14 juillet 1995, portant réglementation des Institutions Mutualistes ou Coopératives d'Epargne et de Crédit, et au Décret N0 96- 038 du 10 avril 1996, constituant la CAS-IMEC, devient le socle ou le support juridique de notre initiative, la mise en place de **la Réassurance Sociale Santé « EGA »** à Lomé, pour favoriser une prise en charge " Santé pour tous à moindre coût" individuelle ou familiale de tous ses adhérents.*

CONCLUSION

Au terme provisoire que nous mettons à cette étude, nous pouvons avancer que, d'après les conclusions auxquelles nous sommes parvenus, l'innovation proposée, la Réassurance Sociale, ou "Social-Re", « *E.G.A* » est susceptible de répondre à des besoins réels et urgents : Elle a, et l'adhésion et la participation effective des populations !

Mais l'étude doit être étendue sur une large partie du pays pour avoir des informations plus pertinentes et plus appropriées. De même des campagnes de sensibilisations, d'explication et d'information sont nécessaires pour permettre aux populations d'avoir des éclaircissements sur des points qui restent encore obscurs.

De façon générale, les problèmes de santé sont tellement nombreux et complexes à telle enseigne qu'il est difficile de définir la structure idéale qui pourrait répondre adéquatement à la prise en charge des besoins des différentes catégories sociales.

Cependant, au regard de l'analyse des différents systèmes de couverture des risques de santé présentés plus haut, il apparaît que la structure qui se prête mieux au contexte togolais est celle qui pourrait intégrer les principes mutualistes.

En fait, les mutuelles sont des groupes créés spontanément par les membres d'une communauté qui, prenant conscience d'un problème spécifique, cherchent à mobiliser les énergies et ressources existantes pour apporter des changements dans leur vie quotidienne. Dans ces groupes, le ciment qui soude les membres est l'affinité sociologique c'est-à-dire l'héritage socioculturel qui fait naître une certaine cohésion sociale entre les membres.

Par ailleurs, il est important de souligner que la mobilisation des membres est un fait interne au groupe et s'appuie sur des *persuadeurs sociaux* qui sont des gens d'une probité morale reconnue et qui sont écoutés par les autres membres de la communauté.

Etant donné l'enjeu que représente une assurance sociale, toutes ces stratégies doivent être mises à profit pour faire naître la volonté d'adhésion et de participation des assurés potentiels. Ceci est vital pour la pérennité de la structure à mettre en place.

Au total, la structure qui pourrait assurer à la fois la prise en charge des malades et son autofinancement dans un contexte de paupérisation avancée est celle-là qui renforce la solidarité entre ses membres, crée la confiance mutuelle et développe le goût du partage des risques.

Les inégalités d'accès aux soins sont fonction des inégalités géographiques et surtout sociales. Les inégalités géographiques et sociales illustrent bien l'incapacité des services à répondre aux besoins des populations. Un cercle vicieux s'est instauré, qui conduit à satisfaire la demande des classes urbaines les plus évoluées au détriment de celle des classes rurales défavorisées.

Une politique de santé ou de façon globale, une politique de développement social doit donner aux populations les outils leur permettant de s'affranchir des contraintes liées à la culture « traditionnelle » tout autant faite de croyances que des hiérarchies sociales aujourd'hui paralysantes.

A travers la santé, c'est le concept de « développement humain » qui est tout entier en question. N'implique-t-il pas tout à la fois une restructuration sociale et une redistribution des pouvoirs ?

Les performances du système sont étroitement liées à une idéologie politique qui interfère également avec le développement socio-économique et culturel. Si les services de santé ne sont pas réduits à un simple alibi au coût social du développement économique, ils doivent contribuer à la formation d'un nouveau concept que l'homme peut avoir de sa maladie, donc de son destin et de sa liberté, et par là même de son rôle dans la société. Tout le système de santé véhicule une très forte idéologie de la société et du progrès. Pour trouver sa vitalité, le système de santé doit plonger ses racines dans la dynamique sociale et politique que devrait générer le développement. En expropriant la majeure partie des populations, le système de santé ne devient qu'une forteresse vide, non pas tant vide d'hommes et de ressources, que de messages et d'espérance.

La santé est un acquis social et non un dû. Elle a un prix qui n'est pas seulement monétaire. Elle implique donc un fonctionnement social autre que le traditionnel, fonctionnement social assorti d'une représentative politique des niveaux périphériques et intermédiaires (districts et régions) [COCHE].

Comme disait le guérisseur, herboriste, Hounkpati Kpakar Yao Djani IV « la gestion de notre société dépend de la puissance de la solidarité de notre société », l'entraide, solidarité à l'Africaine, peut être traduite sous forme de coopération, de participation, ou d'assurance maladie, familiale ou communautaire, gérée par la communauté elle-même ou le village.

La santé réfère autant à la science et aux croyances qu'aux modalités d'insertion de l'individu dans la société. Et la demande en soins de santé s'exerçant sur les acteurs de la santé de nature par ailleurs très diverse, dépend donc du degré d'espérance que l'individu a non seulement à l'égard de ces acteurs mais aussi de sa destinée. Cette dernière relève donc en partie de la structuration et du fonctionnement de la société et bien évidemment du pouvoir que cet individu a d'influencer son évolution de celle-ci. Ainsi, le concept de la « santé » s'inscrit d'emblée à l'intersection de deux grands types d'acquis, interdépendants, culturels et sociaux.

A son tour, la conception que le pouvoir politique a de l'ordre économique et du rôle de l'individu dans cet ordre, c'est à dire l'idéologie du progrès, vont interférer avec la gestion de la Res-Publica, dont les services de santé. Le développement qualitatif et quantitatif de ces services constitue donc la résultante de deux dynamiques, parfois convergentes, parfois opposées, de l'idéologie du développement humain et des pratiques politiques (que financières ou bien économiques) que seule la force de la population, le *Capital humain* peut modifier : Prendre sa santé en charge à moindre coût, c'est œuvrer pour la communauté, la société, garant e du Développement Durable.

A partir des indépendances, l'action en santé publique va être implicitement partagée entre les acteurs nationaux chargés du développement du système de santé et les acteurs extérieurs, responsables de la conception et de la mise en œuvre des programmes spécialisés.

Cette bipolarisation des rôles est fondée sur le principe d'une double intégration :
intégration des services dans la vie sociale et culturelle des communautés ;
intégration technique et gestionnaire des programmes dans le système de santé existant.

En d'autres termes, la viabilité d'un programme repose sur le diptyque suivant :
cohérence (sinon cohésion) entre système de santé et société
pertinence d'une offre aux besoins, offre devant transformer à terme ce besoin latent en demande de service, sinon en exigence sociale.

Ainsi, tout programme de santé implique une confrontation ou une recherche d'alliance entre trois termes : technologie, société et culture. C'est la qualité de cette alliance qui en fait ou non un élément du développement sanitaire. Elle justifie donc l'importance accordée au concept de « participation communautaire ».

Que faut-il faire pour qu'une goutte d'eau ne sèche pas? Il faut la jeter à la mer !

"Un pour tous, tous pour un", pour sauver le togolais malade de son inorganisation.

« Si tous les fils du royaumes, par leurs mains assemblées, venaient boucher les trous de la jarre percée, le pays serait sauvé » (Ghezo, roi d'Abomey, Bénin). C'est dire que la réassurance sociale, peut émaner des traditions africaines pour s'installer autour de « la jarre »

La santé, est la condition sine qua non du développement humain durable. Sa prise en compte personnelle et collective dans tous les pays, constitue une problématique majeure :

La santé n'a pas de prix, mais a un coût ! Coût auquel les Autorités, les Médecins et les Malades, doivent prendre en considération, surtout en cette période de crise qui perdure :
Participer au partage du risque financier en matière de soins, c'est générer des ressources propres à nos besoins.

Toute Analyse, toute Innovation, toute Evaluation (notre « AIE ») doit avant tout être coordonnée et approuvée par l'Etat : car depuis les temps des temps « toute situation est la résultante de la Politique » !

La santé constitue la base de l'économie, base du développement, mais reste humanitaire. La gestion de la santé est une gestion économique- financière avec la volonté aussi bien de l'Etat que de la Collectivité : le Togo n'échappe pas à la règle. La santé ne se décrète pas !
Elle se bichonne !

Notre analyse n'a pas pour but de décourager tous ceux qui se battent pour « blâmer » la santé publique qui est Malade de sa Gestion trop verticale, mais de rappeler qu'on est capable de Réaliser, en Afrique Noire, une gestion propre grâce aux ressources internes car le Continent est riche. Et prouver qu'à long terme, l'équité, la qualité des soins, et la qualité de vie sont aussi possibles, grâce à une comptabilité analytique et un processus de contrôle par des africains pour les africains, puis pour le monde de l'Internet et de la mondialisation : R.E.A.G.I.R. ou Réaliser en Afrique une Gestion Interne de ses Ressources [HOUNKPATI] *c'est avant tout Elaborer un projet viable et accessible, Générer des fonds et Assurer les soins de santé même primaires* par une adhésion massive et populaire à « **EGA** », pour favoriser l'Accès Universel aux Soins de Santé Modernes à toutes les couches sociales car :

« Qui dit santé, dit développement,

Qui dit développement, dit économie,

Qui dit économie, dit santé !

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

I/ OUVRAGES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES ET HISTORIQUES

- 1- DGSCN. (2001). La population togolaise et les interventions de FNUAP au Togo, Lomé.
- 2- ANIPAH K. et al. (1999). Enquête démographique et de santé- Togo, 1998, Lomé
- 3- CEPOGI Inter- Afrique (1996). Enquête socio- économique Lomé, Lomé, vol1

II/ OUVRAGES SPÉCIFIQUES SUR LES MUTUELLES DE SANTÉ

- 1- DROR D. M. et PREKER A. S.(2003)
(OIT) Organisation Internationale du Travail / Banque Mondiale :
Réassurance sociale. Stabiliser les micro-assurances santé dans les pays pauvres.
Sous la Direction de David M. DROR et Alexander S. PREKER. Ed. ESKA 2003
- 2- HUBERT G. et (2003). Mutuelle de santé- 5 années d'expérience en Afrique de l'ouest : Débats, controverses et solutions proposées, Eschborn, gtz.
- 3- ATIM, C. (2000). Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé : synthèse des travaux de recherche menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre Genève, STEP.
- 4- ATIM, C (1995). Systèmes mutualistes de financement des soins de santé en Afrique, Bruxelles, WSM/ANMC.
- 5- ANMC/BIT/- ACOPAM/WSM.(1997). Mutuelle de santé en Afrique – guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants, Sénégal, WSM.
- 6- ANMC/BIT – STEP/WSM. (2000). Mutuelle de santé en Afrique : caractéristique et mise en place- Manuel de formateurs, Genève, BIT –
- 7- CRIEL, B. et al. (2002). Le projet PRIMA en GUINÉE Conakry. Une expérience d'organisation de mutuelle de santé en Afrique rurale, Bruxelles Medicus Mundi Belgium.
- 8- AUDIBERT M., MATHONNAT J et ROODENBEKE E : Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu. CERDI, éd. KARTHALA.
- 9- OUTREVILLE J-F : Introduction au principe de la couverture par l'assurance et la réassurance
Réassurance sociale Stabiliser les micro-assurances santé dans les pays pauvres (OIT, Bq Md)
Editions ESKA, Coordonné par David M. DROR et Alexander S. PREKER, pp59-60.

10- LOMBRAIL P. : -« Accès aux soins »
in« Les inégalités sociales de la santé ».
Paris éd. La Découverte/INSERM 2000.

11 - NYONATOR F, KUTZIN J. : Health for some ? The effect of users fees in the Volta
Region of Ghana.
Health policy PUD Planning 1999, 14 (4); 329-31.

12 - THOMAS S., KILLINGS WORTH J-R., ACHARYA S.: Usersfees, self selection and
their poor in Bangladesh.
Health policy planning 1988, 13 (1);50-58.

13 – AUDIBERT M., MATHONNA FJ.: Cost recovery in Mauritania ; initial lessons
Health policy planning 2000, May, 15 (1); 66-75.

14 – ABDESSELEM M., ACHOURI M.: La couverture du risque-maladie de la population
démunie et à revenus limités
Tunisie médicale, Mai 2001 ; 79 ; 293-297.

15 - WILLIS C.Y., LEIGHTON C : Protecting the poor under cost-recovery; the role of
means testing.
Health policy planning 1995; 10 (3); .

16 - ASENSO-OKYERE W.K, ANUM A., OSSEI- AKOTO I., ADUKONU A.:
Cost-recovery in Ghana; Are there any changes in health care ?
Health policy planning 1998, 13(2); 181-188

16 - SHIEBER G., MAEDA A.: A camudgeow's guid to financing heath care in developping
countries in innovation in health care financing, proceeding of a world.
Bank conference Washington DC, 1997.

17. Maria-Pia WAELEKENS M-P , B CRIEL B:
Les Mutuelles de Santé en Afrique Sub-Saharienne
État des Lieux et Réflexions sur un Agenda de Recherche
Chercheuse, Département de Santé Publique, Institut de Médecine Tropicale, Anvers,
Belgique.
“Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper
The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
1818 H Street, NW -2004, Washington, DC 20433”

III/ RAPPORTS

- 1- AGBOGBE, A.V. (1997). Rapport de synthèse de l'inventaire des mutuelles et associations d'entraide en santé au Togo. Lomé
- 2- ADRAI & CREDESA. (2000). Rapport de l'enquête socio- économique et sanitaire pour la mise en place d'une mutuelle de santé à Agbogbomé. Cotonou.
- 3- REINHARD, K. & HABIMANA, F. (2000). Evaluation de la mutuelle de santé de la confédération syndicale des travailleurs du Togo et ses structures, Lomé
- 4- PNUD. (1998). Vaincre la pauvreté humaine, Rapport du PNUD sur la pauvreté- 1998, Genève.
- 5- OMS, Rapport sur les indicateurs de Développement Humain Durable
Rapport N° 1099 – Genève 1999.
6. OMS / UNICEF (1978) : Cette stratégie a été définie à la Conférence d'Alma – Ata
(en Ex-URSS) organisée sous l'égide de l'OMS et l' UNICEF en 1978
7. OMS / l'UNICEF (1987) : Conférence de Bamako (Mali) organisée sous l'égide de l'OMS
et l'UNICEF en 1987
9. D'AUNNO Th. : Université du Michigan (Cas américain de financement de la santé) :
« *Some facts about 20 years of US experience* »

IV/ MÉMOIRES / THESES

1- WOTTOR, K. A. (2000). Cause et conséquences deux choix de l'itinéraire thérapeutique en milieu rural – Études de cas du canton de Danyi Kakpa (préfecture de Danyi). Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Lomé.

2- SAÏZONOU, G. A. Epse BROOM. (2001). Atouts et contraintes au développement des mutuelles de santé- Cas du Togo. Mémoire de DEA en Sociologie, Université de Lomé.

3- TAKPATI, E. (1996). L'impacte socio-économique du financement communautaire des soins de santé primaires en milieu rural au Togo – Cas des centres de santés de Wli, Pagalagare, Baga, Sanfatoute et Tidonte. Mémoire de maîtrise de sociologie, Université de Lomé.

4- TOULAN, A.M. (2001). L'organisation de la santé communautaire au Togo – cas du village de Wogba dans la préfecture de Vo. Mémoire de maîtrise de Sociologie, Université de Lomé.

5- AGOUTI, M.M. (2002). Vie politique dans une communauté villageoise au Togo- Le cas de Kouvé de 1700 à 1963. mémoire de maîtrise d'Histoire, Université de Lomé.

6- IYA Eugénie Nathalie : -« Santé et Développement : Rôle et Importance du Médecin (cas du Togo, pays en développement).

Mémoire pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'Assistant Médical,
Option Technicien Supérieur de la Santé, EAM, Université de Lomé, 2000,
P 5, 37-39, 45-48.

7. DROR Mark David: -« Pourquoi et comment appliquer la ré-assurance aux systèmes de Santé communautaires au pays à faibles revenus »

Thèse de Doctorat du 3^{ème} cycle en Méthode d'Analyse des Systèmes de Santé, Université Claude Bernard, Lyon I, 2001, Résumé

8. SANT'ANNA Hadj M. : -« Le financement des dépenses de Santé au Togo »
Mémoire, Bruxelles 1981, P98-100.

9. COCHE A. Bernard : -« Société civile et Développement des services de Santé en Afrique subsaharienne : de la Santé mentale à la Santé publique »

Thèse de Doctorat du 3^{ème} cycle, Mention Biologie et Sciences de la Santé, Université de Rennes I, 2000, P 2, 96-113.

10. YODO Kodjo : Contribution à l'étude des conditions de réussite du programme d'AGR exécuté par le Ministère des Affaires Sociales (du Togo).
Mémoire de Maîtrise en Sociologie à l'Université du Bénin- Lomé en 1999.

11. HOUNKPATI H.Y., DURU G., SAMBUC R.: Transfert de risque. Financement d'une structure de soins en PED (Cas du CHU-Tokoin de Lomé Togo).
Mémoire de D.E.A MASS. Option Evaluation Economique des Stratégies Sanitaires
Laboratoire d'Analyses des Systèmes de Santé, Lyon 1, 2002.

12- TOGBEVI Yao: Influences de la tarification des actes sur l'accessibilité des malades aux services chirurgicaux au CHU-T
Mémoire EAM, Lomé décembre 2002.

13- AZYAKPINH Ulysse Béthel : Pauvreté et utilisation des services de santé " Cas du CHU-Tokoin de Lomé"
Mémoire EAM, Lomé Novembre 2003

14-.ADJEH Assoupi : - « Contribution à l'amélioration de la rentabilité hospitalière, cas du CHU-Tokoin »
Mémoire pour l'obtention du Diplôme de l'ENA(Ecole Nationale d'Administration), cycle III, Promotion 1996-1998, Lomé TOGO

15- YOUROUBA Séménou : -« Le financement des Hôpitaux Publics du TOGO : cas du CHU-Tokoin »
Mémoire pour l'obtention du Diplôme de l'ENA(Ecole Nationale d'Administration), cycle III, Promotion 1996-98, Lomé TOGO

16- BALIQUE Hubert : - « Le système de soins du Mali : Analyse, perspectives nouvelles et études prospectives à moyen terme »,
Thèse de Doctorat du 3^{ème} cycle en Méthodes d'analyse des systèmes de Santé, Université de la Méditerranée, 1998.

V/ AUTRES PUBLICATIONS

- 1- DGS. (2002). Annuaire national des statistiques – année 2001, Lomé
 - 2- UNFPA. (2003). Principaux indicateurs démographiques, Lomé
 - 3- EDISS (2002). Crise économique et dégradation sanitaire au CHU-Tokoin de Lomé ; 6è Journée de Lyon- Mars 2002
 - 4- NYASSOGBO Kwami : Comment une capitale devient macrocéphale en Afrique Subsaharienne. Le cas de Lomé au Togo
Annales de l'UB- Tome XIV 1994, p 10-13.
 - 5- AGBODJAN Didier Têtêvi: Le droit à la sécurité sociale : principes internationaux et besoins sociaux en Afrique subsaharienne
Revue Québécoise de Droit International, 2002, pp 151-166
 - 6- FLORI Yves-Antoine : -« Financement des politiques de Santé »
adsp n° 30 mars 2000, P31-31
 - 7- VOISIN, C., FAUGERE, JP : -« Les emplois hospitaliers »
Economica, Paris 1981, P 260.
 - 8- DUVERGER M. : -« Finances Publiques » P.U.F. Vendôme 1971, P 67.
 - 9-DRUMMOND F.M. et al : -« Méthodes d'Evaluation économique des Programmes de Santé »
2^{ème} édition Economica 1998, P2, 14, 226, 243.
 - 10- La Documentation Française, novembre 2005
 - 11- [* La Rédaction] Journal le Monde
 - 12- *Plan « Hôpital 2007 » annexé à la L.F.S.S. du 20 décembre 2002 et L.F.S.S. n° 2004 - 810 du 13 août 2004
 - 13- *Guide méthodologique de production des résumés des séjours du P.M.S.I. Médecine-Chirurgie-Obstétrique
 - 14- *Manuel des Groupes Homogènes de Malades -Version 7.9 de la fonction groupage
“ La mise en place de la T2A (proprement dite en France”
* [Source CNAM (50, Avenue du Professeur André Lemierre 75986 Paris cedex 20)]
- + *Recherches / Documentations/ Lectures et Notes sur des Sites « internet ».*

TEXTES JURIDIQUES :Législations / Réglementations

- 1- **Loi n° 98-001/PR du 2 Janvier 1998** , portant loi de finances 1998
- 2- **Loi n° 60-25 du 2 Août 1960**, portant organisation des établissements hospitaliers de la République Togolaise
- 3- **Loi n° 89-121 du 1^{er} Août 1989**, portant règlement général de la comptabilité publique au Togo
- 4- **Loi du 31 juillet 1991** (art 714-11- Projet Médical, définit par le Projet d'établissement.)
- 5- **Décret n° 58-99/PR du 10 Décembre 1958**, portant création de commissions administratives des établissements hospitaliers du TOGO
- 6- **Décret n° 61-14/PR du 11 Février 1961**, portant règlement intérieur du Centre National Hospitalier (CNH de Lomé)
- 7- **Décret n° 71-184/PR du 12 Octobre 1971**, portant transformation du CNH au CHU-Tokoin .
- 8- **Décret n° 71-206/PR du 18 Novembre 1971**, portant organisation du Centre Hospitalier Universitaire de Lomé
- 9- **Décret n° 90-158/PR du 2 Octobre 1990**, portant organisation et attributions du Ministère de la Santé Publique
- 10- **Décret n° 90-191/PR du 26 Décembre 1990**, relatif à l'organisation des établissements hospitaliers de la République Togolaise
- 11- **Décret n° 90-192/PR du 26 décembre 1990**, autorisant les formations sanitaires publiques à utiliser les recettes provenant des prestations de soins
- 12- **Décret n° 96-157/PR du 11 Novembre 1996**, portant création de la Direction de la santé, de la Commune de Lomé
- 13- **Arrêté Interministériel n° 22/MSP-MEF du 1^{er} Février 1994**, portant approbation du Règlement Intérieur du CHU-Tokoin
- 14- **Lettre circulaire 0818/98/MS/CAB du 05 Juin 1997**, du Ministre de la Santé Publique
- 15- **Règlement intérieur du CHU-Tokoin 1994-Lomé**
- 16- **Rapport des états généraux de la santé**, 25-28 mai 1998, Lomé Togo
- 17- **Loi N° 95- 014 du 14 juillet 1995/Décret N°96-038 du 10 avril 1996**
LOI PARMEC /CAS-IMEC (Projet d'Appui à la Réglementation des Institutions Mutualistes ou Coopératives d'Epargne et de Crédit)

ANNEXES

*. Différents systèmes de financements des soins de santé par le monde :

1- Le financement des dépenses hospitalières en France :

La dotation globale :

En 1983, un système d'enveloppe globale est institué pour l'hospitalisation publique, la dotation globale de financement. Cette enveloppe annuelle de dépenses, fixée a priori pour chaque hôpital, se substitue à la tarification au prix de la journée, jugée inflationniste. Le système de l'enveloppe dite "globale" oblige chaque hôpital à s'attacher avant tout à ne pas dépasser les crédits qui lui sont attribués par la caisse pivot dont il dépend.

Dans le domaine de l'hospitalisation privée, une première tentative de régulation des dépenses est entreprise en 1974, avec le classement des cliniques. L'objectif est de provoquer une remise en ordre tarifaire en ajustant le niveau des prix de journée en fonction des catégories de classement. Avec l'introduction, au début des années quatre-vingt-dix, de l'objectif quantifié national (OQN), les cliniques se voient fixer un objectif annuel en taux d'évolution, les écarts constatés faisant l'objet d'une régularisation sur le taux d'évolution de l'année suivante.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée jette les bases d'un nouveau système de contraintes. Elle instaure une régulation par les coûts fondée sur les lois annuelles de financement de la Sécurité sociale et l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'ordonnance prévoit que le montant de l'ensemble des dépenses des caisses d'assurance maladie de l'année donnée résultera de l'application au niveau de l'ONDAM de l'année précédente d'un taux d'évolution annuel. L'ordonnance renforce la dimension régionale de la référence sanitaire contenue dans la loi du 31 juillet 1991 puisque le montant total des dépenses hospitalières pour le secteur public est réparti en dotations régionales. L'objectif quantifié national pour le secteur privé fait l'objet d'un accord annuel national d'évolution des tarifs qui est ensuite décliné en accords régionaux.

La loi du 27 juillet 1999 permet le lancement d'une expérimentation, à compter du 1er janvier 2000 et durant cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics ou privés, fondés sur une **tarification à la pathologie**. Cet objectif est repris par le plan Hôpital 2007 qui prévoit une réforme du financement des activités MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique). La **tarification à l'activité** doit s'appliquer dans tous les établissements quelles que soient les modalités des activités de soins (hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile, consultations et soins externes). L'objectif est de procéder à un financement mixte, distinguant : les missions d'intérêt général (dépenses liées à la recherche ou à l'enseignement, par exemple) qui seront financées par une dotation et les missions de soins, qui ont vocation à être financées directement à l'activité.

Dans un autre domaine, le plan Hôpital 2007 prévoit un plan de soutien à l'investissement hospitalier de 6 milliards d'euros sur 5 ans et l'ordonnance de simplification administrative autorise des modalités innovantes de réalisation.[*La documentation française, novembre 2005]

La tarification à l'activité : T2A

La tarification à l'activité est un mode de financement qui vise à fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée, mesurée, pour l'essentiel, sur la base du classement de chaque séjour hospitalier dans l'un des groupes homogènes de malade (GHM) de la classification utilisée dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). A chaque GHM produit par l'établissement est alors appliqué le tarif correspondant, la liste de ces tarifs étant fixée et publiée au niveau national.

La tarification à l'activité (T2A) est une modernisation attendue du mode de financement de l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés en France.

La création du PMSI a permis d'améliorer la description de l'activité des établissements de santé et de préciser la nature des prises en charge réalisées par établissement, afin de moduler l'allocation des ressources.

L'année 2003 a été fortement marquée par la préparation du nouveau mode de financement de l'hospitalisation de court séjour des établissements. Alors que le recueil standardisé du PMSI n'a pas changé dans sa forme, la mise en oeuvre de la tarification à l'activité, dès janvier 2004 pour les établissements sous dotation globale, a nécessité une nouvelle présentation des données agrégées sur l'activité des établissements, ciblant leur production en matière de séjours d'hospitalisation de court séjour.

L'instauration de ce nouveau mode de financement représente un facteur de modernisation décisif des établissements dont les ressources sont aujourd'hui constituées soit par une dotation globale tenant faiblement compte de l'activité réelle (secteur public), soit par des tarifs de prestations fortement segmentés et peu harmonisés. En outre, la dichotomie des règles de financement entre les secteurs publics et privés freine les coopérations indispensables entre les établissements.

Les principes de base : Le programme de médicalisation des systèmes d'information (**PMSI**) consiste en un recueil d'informations administratives (âge, durée de séjour...) et médicales (diagnostic, actes pratiqués...) sur chaque séjour de patient réalisé dans un établissement de santé de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Ces informations sont codées à partir de deux classifications : l'une pour les diagnostics, l'autre pour les actes pratiqués. Les résumés de sortie anonymisés (RSA) transmis aux ARH sont répartis par un logiciel entre des groupes homogènes de malades (GHM) comportant des caractéristiques économiques (coût et durée de séjour) et médicales (motif médical du séjour, actes pratiqués...) proches. Grâce à la comptabilité analytique détaillée d'une quarantaine d'établissements, un coût moyen, exprimé en points ISA (indice synthétique d'activité), est calculé pour chaque GHM. Pour chaque région et pour chaque établissement, sont ensuite calculés le nombre de points ISA produits (nombre de séjour par GHM multiplié par le nombre de points ISA affecté au GHM), et la valeur moyenne en euros du point ISA (budget de court séjour divisé par le nombre de points ISA produits par l'activité court séjour). La valeur du point ISA est un indicateur global de productivité des établissements de santé.

Pour les cliniques privées, la valeur du point ISA n'est pas calculée à partir du budget (et donc des coûts) des établissements, mais à partir des dépenses remboursées par l'assurance maladie aux établissements : la valeur du point ISA des établissements sous dotation globale et des autres établissements n'est donc pas comparable.

*[*Source : rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale (septembre 2002)]*

Toutefois, le système à élaborer ne peut se limiter au financement de l'activité de soins de court séjour mais doit également couvrir les autres activités de soins (moyen séjour, psychiatrie) et aussi les autres missions d'intérêt général (accueil des urgences, formation, recherche, accueil social, permanence des soins, activités de support, etc.) non ou mal prises en compte par le PMSI. Il doit en outre comporter des dispositifs propres à éviter tout effet non désiré, telle l'éviction des patients les plus lourdement atteints ou l'externalisation d'une partie des coûts.

Les bénéfices attendus de la tarification à l'activité résident notamment dans :

- une plus grande médicalisation du financement des établissements de santé ;
- une plus grande équité entre les établissements, rémunérés en fonction de leur activité réelle et des prestations qu'ils fournissent sur la base d'un tarif fixé au plan national ;
- une incitation à la bonne gestion et à la mise en oeuvre de nouveaux modes de régulation des dépenses hospitalières ;
- la suppression des disparités tarifaires actuelles non justifiées entre l'hospitalisation publique et privée ;
- le développement des outils de pilotage médico-économique (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

Une première simulation financière d'une application de cette réforme avait été effectuée en 2002, sur la base d'un barème de coûts par GHM commun aux secteurs public et privé (formée de la moyenne des coûts des secteurs public et privé - frais de structure inclus - pondérée par leurs parts de marché respectives) et avec une estimation forfaitaire des coûts des missions d'intérêt général et des charges liées au service public et une neutralisation du différentiel de charges salariales entre les secteurs public et privé.

Cette simulation avait conduit à un accroissement de 20 % de la part globale de l'hospitalisation privée et à une diminution de 11 % de la part globale de l'hospitalisation publique dans les financements par l'assurance maladie des activités de soins MCO.

Toutefois, si l'on réintègre l'ensemble des budgets sous dotation globale (notamment psychiatrie et soins de suite mais hors budget annexe et hors soins de longue durée), l'hospitalisation publique ne perd plus que 6 % à 7 % des ressources actuellement reçues de l'assurance maladie. Il faut cependant souligner que ces chiffres moyens s'accompagnent de très grandes variations entre établissements. Ils soulignent donc *la nécessité d'accompagner l'application de la réforme tarifaire* par un dispositif financier assurant une progressivité dans le temps des effets de revenus.

En 2003, six régions et soixante établissements, ainsi que les établissements participant déjà à l'étude nationale des coûts hospitaliers, ont été retenus pour participer à cette expérimentation, à l'issue d'un appel d'offres. Le panel ainsi constitué a permis de représenter l'ensemble des catégories d'établissements, publics et privés, et l'ensemble des situations possibles vis-à-vis de la nouvelle tarification, notamment en termes de niveau actuel de ressources comparé à l'activité réelle.

Les travaux ainsi conduits ont permis de tester la faisabilité sur le terrain des différentes options de mise en oeuvre de la réforme, de détecter les éventuels points de blocage et d'identifier les aménagements nécessaires en termes d'outillage technique et réglementaires, de délais et de calendrier. Ils ont également permis de mettre au point une procédure d'optimisation des délais de production des informations sur l'activité, en vue d'une diffusion à l'ensemble des établissements et d'alimenter la réflexion sur la recherche d'une meilleure valorisation de certaines prestations ou activités de soins, telles que la réanimation, les soins palliatifs et les séjours comportant la pose de prothèses.

L'enquête pointe le rôle de la tarification à l'activité (T2A), mode d'allocation des ressources strictement ajusté à l'activité réelle, dans le dérapage budgétaire de l'année 2004. Le constat est gênant pour le gouvernement : c'est Jean-François Mattéi, alors aux manettes, qui avait imposé en 2003 cette réforme, pilier de son plan Hôpital 2007. Et c'est Philippe Douste-Blazy, son successeur, qui l'a installée. L'objectif était précisément de contenir le coût de l'hôpital. Sensible, le document remis à Xavier Bertrand, en juillet, a paisiblement dormi au fond d'un tiroir jusqu'à aujourd'hui. Révélé par les *Échos* vendredi dernier, il n'est toujours pas public. Nous l'avons néanmoins récupéré.

2 - Expériences européennes de la Tarification A l'Activité

Expérience allemande :

C'est l'introduction d'un système de tarification prospectif dans les hôpitaux allemands. Les dépenses de santé totale de la République Fédérale d'Allemagne représentent 10,90% du PNB, dont 60 milliards d'euros (€) sont dévolus au financement du secteur hospitalier.

Suivant une disposition constitutionnelle, l'accès aux services de santé doit être le même pour tous et ne peut dépendre de l'âge, du sexe ou des revenus. Les employés et leurs employeurs financent à parité le système de santé via les cotisations sociales.

L'idée d'auto administration est très importante lorsqu'il s'agit d'évaluer la mise en place d'un système de tarif unique au forfait et par cas pour le financement des services de santé dispensés dans les hôpitaux allemands. Dans le système actuel, les modalités techniques et spécifiques de la mise en place du système DRG pour les hôpitaux allemands ont été confiées par voie législative aux partenaires d'autogestion de l'hôpital. Les partenaires d'autogestion, c'est-à-dire l'Etat et les assureurs de santé privés ainsi que l'association centrale des hôpitaux allemands, ont fondé *l'InEK GmbH en 2001*.

L'InEK est l'institution allemande qui apporte son soutien à la préparation et la mise en œuvre du système allemand de DRG (G-DRG) et à son développement continu.

Le système G-DRG, façonné à l'image du système australien A-DRG, sera rendu obligatoire et deviendra dans une large mesure le seul instrument de financement des services de santé dispensés dans les hôpitaux allemands à partir du 1^{er} janvier 2005. Optionnelle depuis 2003, son utilisation a été rendue obligatoire en 2004, tout en restant sans incidence sur le budget. Le processus de mise en œuvre se fera par étapes et se terminera le 1^{er} janvier 2009.

L'introduction et le développement des G-DRG allemands et leur adaptation aux spécificités des services dispensés par les hôpitaux allemands ont déjà fait l'objet de trois révisions. Le développement du système, qui repose en majeure partie sur les données transmises, se fonde sur la collecte de données de morbidité pour environ 18 millions de patients et sur le calcul des coûts de tt d'environ trois 3 millions de patients allemands hospitalisés.

Le cœur du système G-DRG en 2005 est constitué de 878 G-DRG avec pondération nationale des cost-weights, et de 71 éléments financiers supplémentaires appelés « charges supplémentaires ».

Des solutions individuelles ont été développées méthodiquement pour la prise en considération des coûts de matériel ou des services spéciaux très onéreux, ainsi que des aspects problématiques des systèmes DRG comme les cas extrêmes.

Lors de la conception du système G-DRG, les analyses et l'expertise professionnelle des médecins généralistes, des infirmiers et des directeurs des hôpitaux ont été largement mises à contribution.

Le système Belge :

C'est un système de tarification à la pathologie qui vise à renforcer l'efficacité dans la prise en charge des patients compte tenu de leurs pathologies. Les problèmes liés à tout système de financement prospectif (en fonction des pathologies) sont le risque de la baisse de la qualité des soins, de rejet (direct ou indirect) des patients qui risquent de coûter plus cher que les montants prévus. C'est pourquoi il est indispensable lors de l'instauration d'un système de tarification à la pathologie

- d'évaluer les facteurs ayant un impact important sur les dépenses compte tenu de la structure des pathologies (médicaments extrêmement coûteux ou variables, prothèses, facteurs gériatriques ou sociaux, urgences et progrès médicaux)

- de développer parallèlement et simultanément des programmes de contrôle de gestion, d'évaluation, de la qualité permettant aux hôpitaux de s'adapter au niveau du système de financement et d'améliorer leur performance (comptabilité analytique, contrôle de gestion, *benchmarking*, développement de guidelines, etc).

Cas Britannique :

C'est le système de paiement prospectif basé sur le casemix dans le NHS (système public de soins de santé en Angleterre) En 2002, le gouvernement britannique a décidé d'introduire, de façon restreinte dans un premier temps, un système de paiement fondé sur les HRG (la version britannique des diagnosis -related groups, ou DRG américains) pour certaines activités de soins aigus. Ce système a été étendu en 2004 pour couvrir 48 HRG spécifiques. De plus, en Angleterre, un système complet de paiement par HRG a été mis en place dans 25 hôpitaux (Foundation Trusts).

En 2005, le système sera étendu pour couvrir toutes les activités électives dans tous les hôpitaux, une nouvelle extension aux soins non électifs et ambulatoires étant prévue en 2006 ; car en Angleterre, il y a des variations du coût des séjours selon la situation géographique ; et les contrats de niveau de service entre acheteurs et fournisseurs de soins avec des accords sur le partage du risque.

Le système Italien :

L'introduction de la T2A depuis 1990 a entraîné une évolution de tout le Système Sanitaire National avec

- les perspectives ouvertes par le nouveau système de financement des hôpitaux, le fonctionnement du système de classification des pathologies, le financement des activités d'intérêt public et des prestations coûteuses et, enfin, les implications et les perspectives de la T2A dans l'avenir de la santé italienne.

Expérience Portugaise :

Les autorités portugaises de santé ont eu pour préoccupation principale de renforcer les outils de gestion des hôpitaux. Un système de financement reposant sur une tarification à l'acte et des mesures incitant à développer des systèmes internes d'information a été mis en place dès les années 80.

Les DRG ont été officiellement introduits ; l'objectif étant de développer et mettre en œuvre un système d'information totalement intégré sur la production des hôpitaux, pour la gestion et le financement des hôpitaux portugais.

La mise en œuvre au Portugal des DRG s'est révélée tout à fait appropriée dans certains domaines de la gestion des hôpitaux :

mise en place d'un système d'information pour chaque hôpital donnant aux administrateurs des outils qui les aident à mieux comprendre leur production et à mieux communiquer avec les médecins, en parlant la même langue, la promotion de la chirurgie ambulatoire et la création d'une culture de *casemix*.

Cas Suisse :

En dépit des critiques et réserves constamment émises à propos d'une T2A à l'échelon national, diverses personnes déterminées à introduire une telle tarification dans quelques cantons au moins fondèrent un groupe dont les membres provenaient d'hôpitaux, d'administrations cantonales, d'assureurs et de la Fédération des médecins suisses. Ce groupe s'attela principalement à deux tâches :

choisir un outil permettant de classer les hospitalisations (« un groupeur ») en fonction, des données médico- administratives saisies de routine dans les hôpitaux suisses et établir une échelle de points déterminant le remboursement de chaque hospitalisation en fonction du groupe dans lequel elle est classée (« cost-weights »).

Le groupeur choisi ayant été testé et des cost-weights ayant été calculés, un financement basé sur des DRG démarra dans deux cantons en janvier 2002. Depuis lors, plusieurs cantons ont introduit un tel financement dans leur système de santé. Et l'état d'esprit a changé, puisqu'un projet cette fois-ci national a été lancé en vue d'une tarification à l'activité dans l'ensemble des hôpitaux suisses.

La mise en œuvre de la T2A (proprement dit en France) :

La réforme de la tarification à l'activité marque un tournant décisif par l'ampleur des changements qu'elle introduit, non seulement dans les systèmes d'organisation et de gestion des établissements de santé, mais aussi dans les nouveaux rapports de gouvernance, notamment de l'hôpital.

Cette réforme s'inscrit, certes, dans la suite du Plan Hôpital 2007 annexé à la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003, mais résulte aussi d'une préconisation du plan stratégique adopté par la CNAMTS en juillet 1999.

Au regard des enjeux et des perspectives dans lesquelles elle s'inscrit (**I***), les conséquences de cette réforme sont multiples.

En tant que système d'allocations des ressources, la tarification à l'activité marque une rupture complète avec le système de la dotation globale. L'hôpital pourra désormais bénéficier d'un financement complet légitimé par l'activité produite. La croissance ou l'insuffisance de cette activité déterminera le niveau du forfait qui lui sera payé. Ce système se veut plus transparent du fait qu'il s'appuie sur les règles de classification des Groupes Homogènes de Malades et du codage C.C.A.M., toutes deux permettant une lecture plus médicalisée des séjours et des soins(**2***) .

Le financement proposé est équitable car c'est le classement dans un Groupe Homogène de Séjours(**3***) et le volume de l'activité réalisée qui vont déterminer le niveau de paiement, indépendamment en principe de la durée, du lieu, de la discipline d'hospitalisation du patient. Hôpital public et clinique privée, que depuis longtemps oppose différence de statut, de missions, de financement, sont concernés. La T2A leur permet de mieux coopérer et échanger, leurs activités seront, à terme, évaluées par le même système.

En tant qu'outil de tarification, la T2A repose sur un mode de tarification mixte : la quasi-totalité des séjours en Médecine -Chirurgie-Obstétrique est rémunérée par les forfaits G.H.S. (Groupes Homogènes de Séjours). Ils sont établis sur la consommation de ressources humaines et matérielles comparables pour la prise en charge de patient dans un type de séjour donné. A cela s'ajoutent les groupes tarifaires suivants :

- les forfaits spécifiques à certaines activités : accueil et traitement des urgences, prélèvement d'organes et de tissus, etc.
- les produits de consommation intermédiaires et spécialités pharmaceutiques onéreuses
- les prestations liées à l'exercice de missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation, couvertes par une dotation spécifique appelée MIGAC .

Les étapes de mise en œuvre de la T2A :

Elles sont différentes pour les établissements financés par Dotation Globale et les établissements de santé privés sous contrat.

Dans le secteur de l'hospitalisation privée sous contrat, le schéma d'application de la T2A est maintenant développé. Il est opérationnel pour une entrée en vigueur le 1er octobre 2004, date qui vient d'être reportée au 1er décembre 2004.

Son développement est réalisé à travers divers supports et outils, dont :

- la plate-forme de tarification/contrôle existante, appelée Norme B2-PPN/IRIS qui a évolué grâce à des programmes informatiques pour permettre l'intégration de la tarification nouvelle (C.C.A.M. et prestations G.H.S., G.H.T., suppléments et autres forfaits spécifiques ... à la place des prix de journée, F.S.O., etc.)
- la norme B2 est par ailleurs rendue rétro-compatible avec les prestations, inchangées, en psychiatrie et Soins de Suite et de Réadaptation
- le circuit des caisses centralisatrices de paiement qui continueront à verser un acompte de 85 % du montant des flux T2A reçus et qui assureront le re-routage de ces flux, pour vérification et liquidation, vers les caisses gestionnaires dont relèvent les assurés
- l'utilisation en échange manuel d'un bordereau de facturation nouveau et unique pour l'ensemble des prestations prises en charge par les régimes obligatoires ; des exemplaires de ce bordereau sont d'ores et déjà édités
- la procédure de chiffrage des flux réalisée et développée par le G.I.E. Vitale pour sécuriser les échanges entre les établissements et les caisses.

Une expérimentation grandeur nature entre les cliniques et les C.P.A.M. est menée à travers des tests dits « passants » depuis novembre/décembre 2003. Elle est destinée à tester la conformité de la structure de la Norme B2 au modèle T2A/C.C.A.M. et la capacité des sociétés de services informatiques à échanger ces flux.

La formation des personnels, responsables et liquidateurs a été réalisée sur une base école ad hoc et par des formateurs du réseau assurance maladie.

L'application de la T2A « secteur privé » permet une grande simplification des procédures et des modalités de facturation, le G.H.S. remplaçant, dans la majorité des cas, les nombreuses prestations existantes. Néanmoins, les incidences législatives et réglementaires successives en matière de règles de prise en charge sont à l'heure actuelle susceptibles d'en complexifier le développement.

A ce jour, le taux des établissements qui ont effectué les tests - 16 % fin juillet, 30 % aujourd'hui - atteste que la montée en charge de la T2A s'améliore progressivement. Néanmoins, les retards sont réels et s'expliquent pour partie par l'impossibilité pour les établissements de disposer de leurs tarifs et ainsi de réaliser une simulation de recettes.

Dans le secteur financé par la Dotation Globale, la T2A « public » est appliquée selon un mécanisme évolutif. En 2004, les établissements continuent d'être financés par le système de la Dotation Globale mais 10 % de cette dotation sont calculés en fonction de l'activité sur la base des tarifs G.H.S. et des suppléments qui sont maintenant publiés par arrêté. En 2008, cette part devra atteindre 50 % de la dotation allouée, et 100% en 2012.

En 2005, cette part de tarification à l'activité était de 25 % et sera mise en place par la procédure de paiement suivante : 75 % de la dotation complémentaire annuelle sera versée à l'établissement par douzième comme actuellement et les 25 % correspondant aux recettes issues de la T2A seront facturés globalement par notification de l'A.R.H. aux caisses-pivots sur présentation de factures.

L'année 2006 devra voir la mise en place d'une procédure budgétaire et comptable basée sur l'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses (E.P.R.D.) et non comme aujourd'hui sur les prévisions de dépenses.

Au 1er janvier 2006, chaque établissement devra pouvoir facturer directement à la caisse-pivot les séjours en Médecine -Chirurgie-Obstétrique à hauteur de 35 % de ses recettes, les 65 % restants seront versés par la dotation annuelle.

La chaîne de facturation repose sur un schéma inédit qui reste à développer et dont les caractéristiques sont :

- le support de facturation en 2006 entre les hôpitaux et les caisses d'assurance maladie sera celui de la norme d'échanges électronique B2 et du bordereau papier 615 nouveau qui permet d'adresser les factures individuelles à l'assurance maladie
- le rôle de la caisse-pivot est d'être l'interlocuteur unique pour les établissements de son ressort, de payer les sommes dues et de contrôler la régularité des facturations émises
- la garantie de paiement s'appuierait sur la lecture des informations issues de la carte Vitale dont la fiabilité et la disponibilité devraient être renforcées

- néanmoins, dans des conditions qui seront définies par conventions avec la caisse-pivot, les caisses d'affiliation des régimes pourront exercer a priori le contrôle des factures émises par leurs assurés et donner à la caisse-pivot l'autorisation de paiement dans le délai imparti.

La tarification à l'activité est un système de financement à prix fixe. Le paiement proposé pour un séjour est un forfait défini indépendamment de son coût. Les forfaits sont déterminés à l'avance, de sorte que chaque établissement soit incité à obtenir le meilleur paiement en s'efforçant de réduire ses coûts au minimum. Cela suppose que :

- les paramètres de productivité des établissements pour un séjour donné sont comparables, sinon identiques.
 - les pouvoirs publics établissent des forfaits optimaux et définissent les règles de gestion transparentes, stimulant la concurrence
 - l'assurance maladie soit destinataire des informations de séjour qui lui permettront d'exercer un contrôle efficient
 - des mesures correctrices, notamment concernant la prise en charge des soins palliatifs ou l'Hospitalisation à Domicile, sont appliquées aux facteurs d'hétérogénéité existants.
- Béatrice de Casson, Responsable du département des réglementations d'Assurance Maladie.

[*SOURCE :CNAM 50, Avenue du Professeur André Lemierre 75986 Paris cedex 20

*1 Plan « Hôpital 2007 » annexé à la L.F.S.S. du 20 décembre 2002 et L.F.S.S. n° 2004-810 du 13 août 2004
2 Guide méthodologique de production des résumés des séjours du P.M.S.I. Médecine-Chirurgie-Obstétrique
3 Manuel des Groupes Homogènes de Malades -Version 7.9 de la fonction groupage]*

Des dérives peuvent naître de la T2A .

On peut citer, la sélection de patients aux pathologies rentables, la sortie précoce de patients, la fractionnement des séjours ...

Ces dérives devront impérativement être évitées par la recherche d'une double cohérence entre les deux classifications, d'une part, au sein de chacune d'elles, d'autre part.

La T2A s'apparente à une révolution universelle dont le principe d'équité est énoncé comme l'élément majeur sous la formule « **à chacun selon son activité** ». Des pans entiers du dispositif restent encore à construire dont l'axe qualité qui n'a pas été intégré dans un premier temps.

Parce que c'est une réforme en cours, c'est aussi une réforme imparfaite qui laisse revendicatifs les établissements du secteur privé à but non lucratif. Néanmoins, la nouvelle tarification à l'activité fait naître un nouveau dynamisme par une organisation repensée entre les acteurs de santé. Les établissements FEHAP interrogés insistent sur l'éthique qui prévaut à l'exercice de leurs missions, soucieux de la défense de l'intérêt général au profit des publics accueillis.

Les positions stratégiques sont ici rappelées y compris en ce qui concerne l'organisation interne des établissements, indissociable de cette nouvelle dynamique. La contractualisation interne, la reconnaissance du rôle fondamental des praticiens, l'évolution des missions des médecins DIM, les nouveaux codages, les besoins d'outils propres à la comptabilité analytique ... : les directeurs sollicités ont souhaité aborder tous les impacts au quotidien de cette nouvelle tarification.

La question des tarifs trop bas est une actualité majeure que les professionnels souhaiteraient voir mieux corrélés à l'effort diagnostique et thérapeutique.

Globalement, les établissements FEHAP refusent un système d'allocation de ressources à l'acte technique au détriment de ce qui fait l'essentiel du soin : la prise en charge globale.

Enfin, cette révolution encore inéquitable doit être envisagée en lien avec d'autres réformes, dont la nouvelle organisation sanitaire en marche pour demain. Perspectives Sanitaires et Sociales consacrera son prochain dossier technique à paraître en décembre aux principes et dispositions de la future planification sanitaire. [**La rédaction*]

3 - Cas américain de financement

« *some facts about 20 years of US experience* »

Depuis 1983, le gouvernement fédéral américain finance les services hospitaliers sur la base d'un système de classification des patients reposant sur 23 catégories de diagnostics (et environ 500 sous-catégories appelées les DRG- *diagnostic Related Groups*. Cette session va étudier les aspects importants de l'expérience américaine dans l'application de cette méthode. En bref, il s'agit de payer aux hôpitaux un montant fixe pour chaque patient, en appliquant une formule qui calcule l'utilisation moyenne de ressources pour le traitement des patients moyens pour un diagnostic type (par ex l'angine de poitrine). Ces moyennes st recalculées chaque année et les versements st ajustés. La formule du gouvernement américain prend également en compte la situation géographique de l'hôpital (zone urbaine ou rurale), son statut (CHU ou non), les coûts de main d'œuvre et depuis peu les coûts du capital. De plus, des ajustements peuvent être faits pour les patients dont le séjour est très long ou dont le tt est particulièrement coûteux. Diverses institutions ont été mises en place pour superviser l'utilisation de ce système et ses effets sur la qualité des soins. Les évaluations de cette méthode montrent qu'elle a fortement réduit la durée des séjours des patients à l'hôpitalsans

diminuer la qualité du traitement. Dans le même tps, les versements du gouvernement pour les patients traités en ambulatoire ont augmenté. Par conséquent, les économies réalisées ont été moins importantes que prévu. [*Thomas D'AUNNO Université. du Michigan].

4 - Analyses des différents systèmes :

1). La France est particulièrement dépensière, tout spécialement en ce qui concerne les médicaments : la dépense de santé par habitant est supérieure dans notre pays de 22% à celle de l'Allemagne et de 66% à celle du Royaume-Uni. Parmi ces dépenses, une partie est due à des fraudes et des gaspillages, en particulier en matière d'arrêts-maladie. Mais ces abus n'expliquent pas l'ensemble des problèmes financiers et les dépenses de santé sont concentrées sur les assurés les plus malades, en particulier les plus âgés et les patients qui subissent une affection de longue durée (ALD).

Les recettes de l'assurance maladie ne peuvent pas couvrir l'augmentation des dépenses. La sécurité sociale repose sur des principes de solidarité. Elle est financée par les cotisations sociales, c'est-à-dire des prélèvements assis sur les revenus du travail (payés à la fois par l'employeur et le salarié) et par la contribution sociale généralisée (CSG), assise sur les revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine. Or ces recettes ne peuvent s'accroître ni à court terme - car cela supposerait d'augmenter les prélèvements obligatoires, ce qui grèverait la croissance et l'emploi - ni à long terme car, la population active va diminuer. En l'absence de réforme, les recettes ne peuvent donc pas augmenter.

L'assurance maladie connaît d'importants déficits depuis 1990. A deux reprises, un plan de financement a été mis en œuvre pour redresser ses comptes. La dernière forte réduction du déficit de l'assurance maladie est due aux mesures prises dans le cadre du plan " Juppé " de 1996 ainsi qu'à l'augmentation de la masse salariale durant cette période. Dès le ralentissement de la conjoncture, le déficit de l'assurance maladie a rapidement augmenté pour atteindre 6 milliards d'euros en 2002 et 10,6 milliards en 2003 [*Eco-santé CREDE, 1998*].

Mais aujourd'hui, il ne s'agit plus seulement de créer un plan supplémentaire de financement de la branche maladie. Si aucune réforme d'ensemble n'est réalisée, les déficits augmenteront même en cas de retour d'une croissance dynamique : avec une croissance annuelle de 2,5%, le besoin de financement atteindrait 100 milliards d'euros en 2020. Le déficit serait alors l'équivalent de plus de 5,5 points de plus de CSG (l'assurance maladie bénéficie aujourd'hui de 5,4 points de CSG [*Source : gouvernement, site " réforme de l'assurance maladie "*]).

Le gouvernement s'attelle donc à une refonte de l'ensemble du système visant d'abord l'amélioration de la qualité des soins.

2). La plupart des pays occidentaux (mieux que la France) ont su réformer leur système de santé pour en assurer la survie

Tous les systèmes des pays développés sont soumis à la même difficulté :

la croissance des dépenses de santé y est partout forte alors que les ressources pour la financer font défaut. En Allemagne, au Royaume-Uni, aux Etats-unis comme en France, des projets de réforme ont vu le jour pour sauvegarder la protection contre le risque de maladie.

· Les Pays-Bas ont stabilisé leurs dépenses de santé tout en conservant des taux de remboursement convenables.

La réforme est passée par une concurrence régulée entre caisses publiques, un transfert partiel des risques vers les assureurs, une concurrence accrue entre les offreurs de soins. Ce pays étudie le principe d'une franchise annuelle (les premiers euros de soins ne seraient plus remboursés).

. L'Allemagne renforce ses dispositifs de régulation

L'Allemagne a pris des mesures destinées à diminuer le coût de la santé en 2003 : elle a créé une incitation au recours au médecin de famille, transféré les allocations maternité des caisses vers l'Etat, créé des centres médicaux spécialisés par maladie (en particulier pour le cancer) et développé la concurrence dans le secteur médical au travers, notamment, d'une libéralisation des prix de certains médicaments. L'Allemagne engage aujourd'hui une réflexion sur la privatisation des risques : dès 2005, les assurés devront obligatoirement souscrire une assurance complémentaire publique ou privée.

. Le Royaume-Uni a renforcé la qualité de son système de santé

Connu pour la faiblesse de la qualité des soins et les contraintes qui pèsent sur les budgets dévolus à la santé, le Royaume-Uni s'est employé à améliorer ses modes de gestion et la qualité des soins. Une augmentation significative des ressources budgétaires, une forte déconcentration des crédits et un renforcement de l'approche par la qualité caractérisent les réformes de ces dernières années.

. Le Canada a procédé à une rationalisation et une limitation stricte des dépenses

La régionalisation de la gestion du système, l'accroissement de la part des soins ambulatoires et une politique sérieuse du médicament générique ont également été mises en œuvre.

. Aux Etats-Unis, la maîtrise des coûts est passée par la mise en concurrence de grandes compagnies d'assurances privées,

Le secteur du médicament a lui aussi fait l'objet d'un sérieux contrôle à travers le PBM (*Pharmacy Benefit Management*). Autre innovation, le " disease management " consiste à coordonner les soins et la fourniture de produits pour certaines pathologies, en améliorant la prévention, la coordination des différents acteurs du système et en mesurant les résultats.

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE OU GUIDE D'ENTRETIENS

AUPRES DES POPULATIONS DE LOME / TOGO :

ETUDE EXPLORATOIRE EN VUE D'UNE MISE EN ŒUVRE D'UNE INITIATIVE
D'ASSURANCE-MALADIE «*REASSURANCE SOCIALE*» «SOCIAL-RE» AU TOGO

I - IDENTITE ET DONNEES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES DU REpondant (E)

1) Adresse / Présentation

Quartier / Rue

Maison (N°, ou nom du propriétaire = facultatif)

2) Etat Civil

Nom et Prénoms (= facultatif)

Sexe..... ☐ M

☐ F

Age..... ☐

Ethnie (= facultative)

Statut matrimonial ☐ marié (e)

☐ célibataire

☐ divorcé (e)

☐ veuf (ve)

Religion

3) Nombre d'enfants à charge.....

4) Profession (activité exercée actuellement)....

5) Profession du (de la) conjoint (e).....

6) Revenus mensuels

oui

non

Revenus périodiques

oui

non

7) Autres sources de revenus :

loyer (propriétaires, vivant des loyers)...

activités commerciales (ou des "à côtés) ..

rentes

8) Conditions de logement :

locataire

propriétaire

hébergement.....

occupation illégale

9) Depuis combien de temps vivez-vous à Lomé ? (et / ou banlieue proche ?)

années

mois

10) Comptez-vous y résider pour longtemps encore ?

oui

non

(Si la réponse est ‘NON’, alors arrêtez- l’enquête avec cette personne = l’exclure).

II - L’ ETAT DE SANTE :

« Avec, votre permission, nous allons aborder les problèmes ‘santé’ . Etes- vous d’accord ? »

Merci !

11) Parlez-nous des problèmes de santé les plus préoccupants de l’heure. Autrement dit,
quelles sont les maladies dont souffrent régulièrement les populations de Lomé ?

.....

.....

.....

12) De quelles maladies souffrez-vous habituellement ou régulièrement ?

Vous-même

Vote conjoint (e)

Vos enfants.....

Vos parents.....

Vos employés (si vous en avez)

☐

paludisme

☐

diarrhée

☐

toux

☐

maux de tête

☐

maux de ventre

☐

maux de rein

☐

fièvre typhoïde

☐

méningite

☐

autres maladies à préciser

En cas de maladies, où vous soignez-vous ?

Hôpital public, dispensaire

☐

Cabinet, Médecin ou IDE, privé

☐

Chez le tradi-thérapeute

☐

Chez le devin, 'Vaudou'/Charlatan

☐

A l'Eglise (Pasteurs)

☐

Autres (à préciser)

☐

(Si autres, précisez.....).

14) Trouvez-vous un inconvénient à aller systématiquement à l'Hôpital, ou chez un Médecin moderne en cas de malade (dès le début de la maladie ?)

Oui

☐

Non

☐

pourquoi ? = justifiez votre réponse.....

.....

15) Est-ce que votre pratique religieuse interdit un itinéraire thérapeutique ?

Oui

☐

non

☐

Si oui, lequel ? (à préciser)

Si la réponse est l'Hôpital ou Dispensaire public, alors vous arrêtez l'enquête auprès de cette personne (surtout si c'est Uniquement le Public qui la motive).

III - PERCEPTION DE L' INITIATIVE

16) Avez vous déjà contracté une assurance-maladie ?

Oui

☐

Non

☐

17) Si oui, à quelle société êtes-vous affilié ?.....

.....

Si non, pourquoi ?

18) Qu'entendez-vous par « Assurance-maladie » ?

.....

.....

19) Savez-vous, que l'on peut prendre une assurance-maladie individuelle (indépendamment de la Sécurité Sociale des Fonctionnaires) ?

oui

☐

non

☐

20) Est-ce que vous désirez contracter une assurance-maladie , "Réassurance sociale" ?

oui

☐

non

☐

(Si la réponse est "Non" alors, arrêtez l'enquête auprès de la personne).

21) Selon-vous que peut-on attendre d'une compagnie d'assurance -maladie ?

☐

Etre couvert (avec sa famille) en cas de maladie

☐

Bénéficier des soins gratuits pour toute la famille

☐

Etre remboursé (e) pour le montant des frais médicaux

☐

Etre évacué (e) en Europe pour des soins non dispensés au Togo

22) Seriez-vous favorable à adhérer à une Assurance-maladie qui vous couvre, vous-même, votre conjoint (e) et vos enfants ?

oui ☐

non ☐

(Oui , ou non, Justifiez votre réponse)

.....

.....

NB: Si le (la) répondant (e) donne une réponse négative, alors arrêtez l'entretien.

23) Il y a une possibilité qu'on peut vous offrir très prochainement, qui va vous permettre d'être couvert (e) à 100% en cas de maladie.

Seulement, vous ne pouvez aller que chez un médecin agréé et indiqué ; de même vous ne pouvez vous faire servir les médicaments que dans une pharmacie agréée et indiquée :

Seriez-vous d'accord ?

Oui ☐

non ☐

(Si la réponse est "NON", vous arrêtez l'entretien)

24) Si vous signez le contrat aujourd'hui et que vous payez régulièrement le montant convenu et fixé, vous ne bénéficiez de la couverture qu'après 6 mois :

Cette "Obligation" vous paraît-elle justifiée ?

Oui ☐

non ☐

25) Cela vous agréé ? (êtes vous d'accord ?)

oui

☐

non

☐

NB : Si la réponse est "NON", demandez au répondant sa proposition sur ce point précis.

26) Avez-vous déjà eu connaissance de l'existence d'une pareille expérience ?

oui

☐

non

☐

Si oui, quelles appréciations en avez-vous ?

27) Que reprochez-vous aux initiateurs ?

☐

Manque du sérieux des promoteurs

☐

Manque de confiance en soi

☐

Insuffisance d'information sur « l'Assurance » en général

☐

Insuffisance d'adhérant

28) Combien pensez-vous pouvoir être en mesure de payer régulièrement (mensuellement) pour bénéficier de cette assurance-maladie, sachant qu'il n'y a qu'un paiement "unique" pour toute la famille ?

☐

5 à 10 % de vos revenus

☐

tarif forfaitaire pour chaque famille

☐

tenir compte du nombre d'enfants.

29) Pourriez-vous, vous situer dans 2 cases selon votre « D-A-P » (*Disposer-à-payer*) ?

☐

100 à 200

☐

300 à 500

☐

600 à 900

☐

1000 à 1500

☐

1600 à 2000

☐

jusqu'à 5000 F, cfa

30) Quel plafond de paiement mensuel vous paraît inaccessible ou impossible (en F, cfa) ?

31) En revanche, quel montant de cotisation mensuelle vous paraîtrait trop bas, dérisoire, et qui vous ferait croire que « l'affaire n'est pas sérieuse » ?

32) Que suggériez-vous pour une bonne organisation de cette expérience et pour sa réussite ?

.....

.....

.....

33) Loi et décret ou SUPPORT Juridique de Micro-assurance (micro-crédits) :

Êtes-vous au courant de son existence au Togo ?.....

34) Votre dernier mot ?

.....

Nous Vous remercions.

Thèse de Doctorat MASS (Méthode d'Analyse des Systèmes de Santé) UCB-Lyon 1.

« AUTOFINANCEMENT D'UNE STRUCTURE DE SOINS DE SANTE AU TOGO »
(ETUDE EXPLORATOIRE EN VUE D'UNE MISE EN OEUVRE D'UNE INITIATIVE DE RE-ASSURANCE
SOCIALE, "Social-Ré", « E.G.A =Argent ou Guéri» A LOME, TOGO)
par Dr. HY,JD. HOUNKPATI / Directeur : Pr. G. DURU.

RESUME : L'accessibilité aux soins de santé est devenue difficile au Togo devant l'augmentation des prix des prestations médicales. Diverses solutions appliquées ne sont pas parvenues à satisfaire les usagers. La question est de trouver quelle est la 'structure adaptée' et comment peut-elle s'autofinancer?

Méthode Notre enquête, analyse rapide et prospective, est basée sur des questionnaires, de collecte des données, simultanément dans les quartiers de Lomé en 2004.

Résultats: 80 %, (960 sur 1202), des interrogés optent pour une cotisation de 1000F/mois ; 13% rejettent un taux inférieur à 500 F ; 7% proposent 2000F.

Discussion L'analyse des données, a mis en évidence les avantages de notre initiative. Cette innovation comme une structure de partage des risques répond à un besoin réel. Les enquêtés veulent mettre en commun leurs ressources pour des soins de santé, devenus inaccessibles.

Conclusion La micro-finance, source des activités génératrices de revenus pourrait s'appliquer à la santé, (tant l'accès aux soins de santé constitue un problème fondamental).

MOTS CLES : - AUTOFINANCEMENT - SOINS - SANTE - COÛTS
- ADHESION - MUTUALISATION- RE-ASSURANCE SOCIALE.

Doctorate Thesis- MASS (Method of Analysis for National Health Systems)UCB-Lyon1

« SELF-FINANCMENT FOR A HEALTH CARE STRUCTURE IN TOGO-AFRICA
(Exploratory Study with the aim of applying a programme for Social Security Re-Assurance,
"Social-Ré", « E.G.A =Money, or Cured » in LOME, TOGO -Africa)

Author: Dr. HY,JD. HOUNKPATI / Thesis Director: Professor G. DURU.

Summary: The accessibility of primary health care in Togo has become difficult due to the increase in the cost of consultancy fees. Various solutions have been attempted with unsatisfactory results for the patients. The basic question is which "adapted structure" should be used and how this could be made self-financing.

Method: Our assessment, rapid analysis and prospectives were based on questionnaires, data information retrieval, simultaneously collected in various districts in Lomé during 2004.

A total of 80 %, (960 out of 1202), of those questioned opted for a monthly contribution of 1000F; 13% rejected a contribution below 500 F; 7% proposed 2000 F.

Discussion Analysis of the collected data confirmed the advantages of our initiative. This innovative approach as a shared structure of spread risks meets the real basic needs of patients. The individuals interviewed were willing to pool their resources for health care which has become inaccessible for the majority of the population.

Conclusion Micro-finance, as a source of generating revenue activities, may be applied to the health sector (although access to health care constitutes a fundamental problem).

KEY WORDS: - SELF-FINANCING – HEALTH – CARE –COST
MEMBERSHIP – HEALTH INSURANCE ASSOCIATIONS–SOCIAL REASSURANCE.